

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1949

N°

611

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LUCAS Christiane Jacqueline

née le 22 Février 1921 à Châteauroux (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1949

LES PARADOXES DE LA DYSMÉNORRÉE

(Essai de conclusion pratique)

Président : M. MOCQUOT, Professeur



CHATEAUROUX, Impr. BADEL

6, Rue Vieille-Prison

L Tél. 6-28 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LUCAS**

Prénoms : **Christiane-Jacqueline**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

LUCAS (Christiane-Jacqueline). — Les paradoxes de la Dysménorrhée (essai de conclusion pratique). — Châteauroux, Imp. Badel, 1949, in-8°, 92 p.

Th. méd. (Et.), Paris, 1949

N°)

2

LUCAS (Christiane-Jacqueline). — Les paradoxes de la Dysménorrhée (essai de conclusion pratique). — Châteauroux, Imp. Badel, 1949, in-8°, 92 p.

Th. méd. (Et.), Paris, 1949

N°)

3

LUCAS (Christiane-Jacqueline). — Les paradoxes de la Dysménorrhée (essai de conclusion pratique). — Châteauroux, Imp. Badel, 1949, in-8°, 92 p.

Th. méd. (Et.), Paris, 1949

N°)

4

LUCAS (Christiane-Jacqueline). — Les paradoxes de la Dysménorrhée (essai de conclusion pratique). — Châteauroux, Imp. Badel, 1949, in-8°, 92 p.

Th. méd. (Et.), Paris, 1949

N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1949

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

LUCAS Christiane Jacqueline

née le 22 Février 1921 à Châteauroux (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1949

LES PARADOXES DE LA DYSMÉNORRÉE

(Essai de conclusion pratique)

Président : **M. MOCQUOT**, Professeur



CHATEAUROUX, Imp. BADEL

6, Rue Vieille-Prison

— Tel. 6-28 —

1.11.48

DOYENS HONORAIRES :

M.M. Balthazard, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER. (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL. (P.)
Biologie médicale	VERNE. (J.)
Chimie médicale	OLONOVSKI. (M.)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT. (E.)
	BROCQ. (P.)
Cliniques chirurgicales	CADENAT (F.M.)
	MONDOR. (H.)
	QUÉNU. (J.)
	N...
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MERLE D'AUBIGNÉ. (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT. (P.)
Clinique gynécologique	GOUGEROT. (H.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRÉ. (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET. (P.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY. (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE. (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	BÉNARD. (H.)
	LAROCHE. (G.)
Cliniques médicales	HARVIER. (P.)
	LIAN. (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT. (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS. (D.)
	LANTUÉJOUL. (P.)
Cliniques obstétricales	LÉVY-SOLAL. (E.)
	PORTES. (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER. (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE. (F.)
Clinique physio-pathologie des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	
Clinique psychiatrique Infantile	RICHTET. (C.)
Clinique de puériculture	HEUYER. (C.)
Clinique stomatologique	LELONG. (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SÉNÈQUE. (J.)
Clinique de la Tuberculose	CHABROL. (E.)
Clinique urologique	BERNARD. (E.)
	FEY. (B.)



MM.

Embryologie	GIROUD. (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIÉTY. (M.)
Histologie	CHAMPY. (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON. (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA. (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON. (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE. (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE. (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD. (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Pathologie exotique	LAVIER. (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE. (A.)
Pathologie médicale	MOREAU. (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES. (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD. (R.)
Physiologie	BINET. (L.)
Physique médicale	STROHL. (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ. (H.)
Rhumatologie	COSTE. (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET. (P.)
Thérapeutique	TURPIN. (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*),
 HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 M^{lle} J. LÉVY (*Pharmacologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N... DELMAS. N... II DEBEYRE.	Médecine légale	DÉROBERT.
		Neurochirurgie	PUECH.
		Neurologie	DE SEZE.
Anatomie pathologique	DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS.	Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE	Ophthalmologie	OFFRET.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.	Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Dermato-Syphillographie	DEGOS.	Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.		FEVRE. HUGUIER. LEGER. PADOVANI.
Hydrologie	DEBRAY.	Pathologie chirurgicale	PÂTEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Hygiène	BOYER. DEPARIS.		

	MM.		MM.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.	Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J).
	BROUET.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	CACHERA.	Physiologie	BARGETON. PARROT.
	DECOURT.	Physique médicale . . .	DJOURNO.
	DREYFUS (Gilbert).	Psychiatrie	BARUK.
Pathologie médicale.	FAUVERT.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE, R.
	HAMBURGER.		
	KOURILSKY		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	SOULIÉ.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. FUNCK-BRENTAND. MÉNÉGAUX	Clinique médicale	HAGUENAU. MOUQUIN.
Clinique médicale	BOULIN.	Clinique obstétricale . .	ECALLE. LACOMME.
		Clinique ophthalmologique . . .	RENARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.
Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES PARADOXES
DE LA
DYSMÉNORRHÉE

(Essai de conclusion pratique)

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MON FRERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
Membre des Académies de Médecine et Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
ce travail.*

*En témoignage de vive et res-
pectueuse gratitude.*

A MADAME LE DOCTEUR H. MICHEL-WOLFROMM

Chef de Clinique Gynécologique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE TOULOUSE ET DE PARIS

INTRODUCTION

La dysménorrhée est un syndrome fonctionnel qui répond à des étiologies diverses et dont l'interprétation a donné lieu, depuis bien des années, à des discussions que nous ne tenterons pas de clore aujourd'hui.

En effet, l'apport de 80 observations suivies avec un soin aussi minutieux que nous le permettait la fidélité de nos malades, ne peut nous conduire à une conclusion ferme. Plus on étudie ce phénomène, moins il semble entrer dans le cadre de la pathologie génitale organique.

Nous nous efforcerons de mettre en lumière les points suivants :

1°) La dysménorrhée n'est pas une maladie mais un syndrome. Ses allures cliniques varient à l'extrême. Ses causes sont multiples ou insoupçonnables, importantes ou insignifiantes, exceptionnellement pures, éclatantes, rationnelles.

2°) Son évolution à travers la vie est imprévisible.

3°) Le seul facteur constant qui y prédispose et qui assure la répétition de la douleur est le facteur psychique.

4°) Seuls sont susceptibles d'agir les traitements que les malades entreprennent avec espoir et confiance, presque avec enthousiasme.

5°) Ces essais thérapeutiques peuvent parfaitement paraître anodins ou illogiques.

En pratique, après un examen minutieux, on posera un diagnostic incertain dont on déduira une conduite thérapeutique précise, mais souvent inadaptée. On ne craindra pas de modifier le traitement en cours de route, tout en se gardant de faire part à la malade d'hésitations pourtant bien légitimes. Le premier souci sera, dans ce cas plus que

dans bien d'autres, de lui inspirer une confiance totale et d'en user pour prendre sur elle le maximum d'influence.

Le succès du traitement médical des dysménorrhées dépendra plus de la souplesse et du tact du médecin que de l'application stricte d'une technique étiologique rationnelle.

Au cours de ce travail, en insistant toujours sur l'importance de la note psychologique, nous étudierons, sans nous préoccuper d'être complet :

I. — Quelques caractères cliniques et étiologiques, en concluant par un aperçu personnel quant à la nosologie de la dysménorrhée.

II. — La critique des traitements généralement appliqués à l'heure actuelle.

III. — La conduite thérapeutique qui nous semble donner le plus de chance de succès, tout en nous gardant de la considérer comme exclusive.

RAPPEL HISTORIQUE

Nous ne saurions aborder l'étude de la dysménorrhée sans avoir rappelé brièvement l'évolution des idées relatives à cet important chapitre de la pathologie génitale.

La richesse de la littérature contemporaine contraste avec la carence des anciens traités. S'il est des affections dont parlent déjà les médecins de l'antiquité, la dysménorrhée semble plutôt ignorée. Tout au plus HIPPOCRATE mentionne-t-il les « douleurs de la matrice », mais sans préciser leurs caractères.

En 1760, MORGAGNI décrit un cas de dysménorrhée membraneuse. SEMELAIGNE, en 1851, consacre sa thèse à l'« étude de la dysménorrhée membraneuse et de la membrane dysménorrhéale ».

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les malades traitées sont rares ; on a recours aux dilatations, aux curetages, voire à l'hystérectomie. Par la suite, la chirurgie, qui a longtemps régné en maître, change d'orientation et on s'adresse non plus à l'utérus mais au système nerveux. Le premier, semble-t-il, ROCHET, propose l'ablation des ganglions hypogastriques. En 1921, LERICHE fait une sympathectomie périartérielle hypogastrique. En 1924, COTTE met au point la résection du sympathique pelvien.

L'origine mécanique des phénomènes douloureux affirmée par BARNES, CONDAMIN, n'est plus considérée comme exclusive et KNAUS, MOIR, LAKNER et KROHN, admettent l'existence d'un trouble nerveux local, organique ou fonctionnel. Le spasme de l'isthme, théorie défendue par GOSSET, BECLÈRE, PALMER et LIESSE, est de plus en plus admis.

La découverte des hormones marque une nouvelle étape dans la thérapeutique générale. « Devant le développement de l'endocrinologie, un scepticisme stérilisant est hors de propos, déclare JEANNENEY, et on commettrait une faute en négligeant les armes efficaces qu'elle offre pour le traitement d'affections autrefois inguérissables ». En matière de dysménorrhée, les hormones sexuelles sont largement utilisées. NOVAK et WITHERSPOON, KOTZ et PARKER, KNAUS et REYNOLDS croient à une insuffisance de progestérone. Des travaux de WILSON et KURZROK, STURGIS et ALBRIGHT, repris par VARANGOT et JEANDIDIER, il ressort que les phénomènes douloureux sont dus à la présence d'un corps jaune fonctionnel ; en conséquence, ces auteurs tentent d'empêcher la sécrétion de progestérone. RUBINSTEIN et ABARBANEL, SALMON, GEST et WARKER préconisent l'emploi de la testostérone. Tous obtiennent des guérisons, mais tous connaissent aussi des échecs.

DUKE, puis SMITH, GRAVES, pensent que l'allergie peut jouer un rôle dans la genèse de la dysménorrhée dite « essentielle ». SMITH ressuscite la notion de toxicité menstruelle soutenue par SCHICK en 1920, par ACHNER en 1927.

Enfin, une nouvelle tendance se fait jour avec NOVAK et HARNIK, T. GOLDSCHMIDT, pour laquelle les troubles de la menstruation sont « surtout mentaux et traditionnels plutôt que biologiques », MAYER, ISRAEL. Cette conception psycho-somatique a de plus en plus d'adeptes et la conduite thérapeutique qui en dérive est susceptible de donner de bons résultats là où les autres procédés échouent.

En moins d'un demi-siècle, de nombreuses théories pathogéniques s'affrontent. Parallèlement, les ressources thérapeutiques sont considérablement accrues et, cependant, on enregistre encore des échecs aux différents traitements du syndrome dysménorrhéique.

PREMIÈRE PARTIE

Caractères cliniques et étiologiques

Il est d'observation courante que les phénomènes douloureux ne se produisent pas seulement au moment des règles, mais souvent avant leur apparition. Aussi, avec M. MOCQUOT, désignerons-nous par le terme « Dysménorrhée » « les phénomènes douloureux qui précèdent immédiatement ou accompagnent les règles ».

Le cadre de la dysménorrhée déborde largement le domaine de la pathologie génitale : assez souvent, les troubles réflexes sont plus importants que la douleur elle-même.

Ces remarques expliquent les écarts trouvés d'une statistique à l'autre, écarts très importants si nous opposons le pourcentage de 60 % donné par HERMANN à celui de 8,8 % donné par BURGER en se basant sur 34.000 examens.

Les malades que nous avons traitées à l'hôpital Broca présentaient des troubles assez importants pour obliger la moitié d'entre elles à s'aliter pendant une période allant de quelques heures à vingt-quatre heures, exceptionnellement à interrompre toute activité pendant deux jours. Même dans ces cas très graves, nous devons accorder au coefficient personnel la part qui lui revient.

CHAPITRE I

Séméiologie

Nous étudierons successivement :

- 1°) La date d'apparition des phénomènes douloureux.
- 2°) Le cycle menstruel.
- 3°) Les caractères de la douleur.
- 4°) Les troubles fonctionnels associés.

I. — DATE D'APPARITION DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX. —

Elle est variable et pourtant il est relativement facile de la schématiser. Les observations où nous avons pu la préciser nous ont donné les chiffres suivants :

- 1) Trente cas, soit 42 %, lors des premières règles ;
- 2) Vingt-trois cas (33 %) après des règles indolores pendant plusieurs années ;
- 3) Dix-huit cas (25 %) à un âge quelconque, semblant avoir le plus souvent un facteur déclenchant. Nous qualifierons ceux-ci, et ceux-ci seulement de secondaires.

Certains auteurs pensent que les symptômes commencent quand la jeune fille devient « sex conscient ».

KURZROK a observé que la dysménorrhée primaire ne survient pas sans ovulation. La fréquence des règles non ovulatoires dans les mois qui suivent la puberté explique fort bien l'apparition retardée de la douleur ; elle permet également de comprendre pourquoi une menstruation sur deux ou trois seulement étant douloureuse, au début, dans certains cas, on ne tarde pas à voir s'installer un rythme mensuel.

Nous basant sur cette théorie, nous fusionnerons les deux premiers groupes en un seul, celui des « dysmé-

norrhées virginales primitives » (BÉCLÈRE) pour lequel une étude numérique nous montre que nous ne sommes pas tellement éloignés, avec nos pourcentages de :

57 % lors des premières règles ;

43 % quelques années plus tard ;

des 65 % et 35 % donnés par RANDALL et ODELL.

II. — LE CYCLE MENSTRUEL. — La durée du cycle, variable d'un sujet à l'autre, est toujours la même, pour une malade déterminée, dans 75 % de nos cas. Parfois, cette périodicité ne présente pas un caractère aussi fixe et des écarts de quatre à cinq jours sont notés sans que l'on puisse parler vraiment d'irrégularité. Nous avons quelques observations où les variations atteignent vingt et trente jours avec des périodes d'aménorrhée allant jusqu'à plusieurs mois.

Cette régularité habituelle a conduit certains auteurs à affirmer que la douleur est ressentie parce que la femme attend ses règles : attendant ses règles, elle attend sa douleur. La répétition augmente la perception de la douleur de la même façon que, lorsqu'on entend un morceau de musique, on ne l'apprécie vraiment qu'après plusieurs auditions. MOWRER, par une série d'expériences où il se sert graduellement de stimuli douloureux de plus en plus forts, trouve que les sujets manifestent une perception hallucinatoire de la douleur ; ils ressentent la douleur quand le stimulus n'est plus appliqué : on place une électrode sur la peau du sujet en lui disant de couper la connexion quand il ressentirait la douleur ; ceci 200 fois. A la 201^{me} fois, il coupe la connexion bien qu'on n'ait pas fait passer le courant.

Dans quelques cas, les symptômes douloureux ne se manifestent qu'une fois sur deux. Peut-être doit-on y voir une relation avec l'activité de l'un ou l'autre des ovaires, mais nous ne pouvons faire sur ce point, comme sur bien d'autres d'ailleurs, que des hypothèses.

De nombreux auteurs (HIRSCH, KREIS, COTTE) ont affirmé l'existence d'un facteur constitutionnel. M. PALMER

signale la fréquence des ptoses chez ces malades. COTTE invoque un trouble nerveux local, organique ou fonctionnel. BÉGLÈRE, dans son diagnostic clinique organo-hormonal, insiste notamment sur la puberté précoce qu'il signale dans 60 % des cas, caractère que nous ne retrouvons pas chez nos malades, l'âge moyen d'apparition des règles étant de 13 ans.

L'abondance et la durée des règles sont normales, la desquamation de la muqueuse modérée ; nous n'avons pas relevé de cas de dysménorrhée membraneuse.

Nous concluons que *la dysménorrhée est la manifestation pathologique d'un cycle menstruel normal.*

III. — La DOULEUR présente des caractères variables :

a) Son *horaire*. — Le plus souvent elle débute la veille ou seulement quelques heures avant l'apparition des règles pour s'estomper dès l'installation du flux menstruel normal ou dans le courant de la première journée ; mais elle peut très bien commencer une semaine avant ou, ce qui est plus rare, seulement au deuxième jour, ou encore se prolonger pendant toute leur durée.

b) Son *siège* n'est pas plus constant que son *horaire*. Elle est pelvienne, médiane, latérale ou généralisée à tout le petit bassin dont elle peut dépasser le cadre pour devenir abdominale. S'il arrive qu'elle soit limitée à une région déterminée, elle irradie tout aussi bien dans la région lombaire — où elle est parfois plus intense que les douleurs abdominales — ou vers la cuisse, se localisant de préférence à la face interne de celle-ci, dans le territoire du nerf crural.

c) Ses *aspects*. — Elle se présente sous diverses modalités : souvent elle est intermittente, sous forme de coliques avec alternance de paroxysmes et de périodes de repos complet. Chez d'autres malades, c'est une crampe, une barre hypogastrique, une sensation de torsion, de lourdeur, de tiraillement, de brûlure.

IV. — Les TROUBLES FONCTIONNELS ASSOCIÉS. — Fréquemment, la menstruation s'accompagne d'un cortège de troubles dont l'importance peut devenir telle qu'ils prennent le pas sur la douleur elle-même. Quel que soit le moment de leur apparition au cours du cycle, ils revêtent les mêmes caractères.

De tous les *troubles nerveux*, la céphalée est le plus fréquent : bon nombre de malades la signalent spontanément. Elle va de la céphalée légère, constituant une simple gêne, aux formes sévères pouvant obliger, autant que les douleurs pelviennes et abdominales, les femmes à s'aliter.

On note également des vertiges, des crampes, des parésies, des paresthésies. Quelquefois surviennent de véritables crises pithiatiques avec position de main d'accoucheur (Obs. I) mais il s'agit alors d'un terrain très spécial.

Les *troubles digestifs* ne sont pas moins variables dans leur intensité. Les nausées sont presque constantes et se compliquent assez souvent de vomissements qui, généralement bénins, peuvent, dans quelques cas, rappeler les vomissements graves de la grossesse (Obs. II). La diarrhée ne manque presque jamais chez des femmes habituellement constipées ; par contre, on peut voir une constipation spasmodique n'exister que pendant les règles (Obs. III). Le météorisme abdominal est plus ou moins intense.

En même temps, la malade se plaint volontiers de *troubles urinaires* : pollakiurie, quelquefois cystite, conséquence possible de la réactivation périodique de phénomènes infectieux latents.

Les seins souvent gonflés, tendus, deviennent parfois vraiment douloureux. La sécrétion de colostrum est possible. L'association de ces *phénomènes mammaires* et des vomissements répétés constitue un véritable syndrome pseudo-gravidique.

La perturbation frappe également les centres régulateurs : les *troubles fonctionnels cardiaques* — palpitations, tachycardie — prennent rarement une intensité considérable. Il semble que la syncope, comme les crises pithiatiques, ne s'observe que sur un terrain très spécial. — Les

anomalies vasculaires consistent surtout en cyanose ; nous avons observé des troubles à type de maladie de Raynaud durant la période prémenstruelle.

Le *métabolisme de l'eau* est modifié, ce qui se traduit surtout par des œdèmes plus ou moins importants quant au degré d'infiltration des tissus et à leur étendue : l'œdème malléolaire est un fait banal ; THOMAS cite des cas d'œdèmes généralisés considérables ; une de nos malades présentait, la veille des règles, un œdème de la face. — L'augmentation de poids, due à la rétention d'eau à la fin du cycle menstruel, est un phénomène bien connu. Parfois il existe une sudation exagérée entraînant, dans une observation personnelle, une soif impérieuse (Obs. IV).

On peut observer également une hyperthermie très nette ; enfin DUKE, SCHWARTZ et SMITH ont insisté sur l'existence de *phénomènes anaphylactiques* dans lesquels nous pouvons inclure les poussées d'herpès, d'eczéma, les crises d'asthme, et même les érysipèles récidivant à chaque période menstruelle.

En résumé, toutes les fonctions végétatives peuvent être touchées ; il est rare de trouver un signe isolé et les modalités d'association sont multiples.

Les phénomènes prémenstruels ne sont pas en rapport étroit avec la dysménorrhée : on les rencontre chez des femmes qui, par ailleurs, ont des règles normales (Obs. V). S'il y a coexistence, on peut très bien guérir les premiers sans améliorer la seconde et inversement, ce qui est une preuve de leur indépendance. Tel est le cas de cette malade chez laquelle quinze séances de diathermie ont calmé les douleurs prémenstruelles, mais ont été suivies d'une dysménorrhée plus importante (Obs. VI).

Une autre preuve est donnée par les malaises que ressentent les aménorrhéiques. Les malades hystérectomisées se plaignent fréquemment de troubles à périodicité mensuelle, absolument identiques à ceux que nous venons de décrire, et qui constituent des *équivalents dysménorrhéiques*. Ils sont comparables aux douleurs des membres fantômes chez les amputés. Nous les retrouvons en partie dans cette observation :

Mme M..., 27 ans. — Consulte pour aménorrhée depuis 7 ans, apparue 6 mois après son mariage.

Puberté à 15 ans et demi : règles très peu abondantes, durant 1 à 2 jours. Pas de dysménorrhée mais malaises au moment des règles : douleurs violentes, névralgies faciales, dentaires.

Ces malaises apparaissent tous les mois, même en l'absence des règles et s'accompagnent de pertes glaireuses, fluides, claires qui jaunissent un peu le linge.

Acrocyanose, varices ;

Troubles psychiques ; neurasthénie.

Examen : La vulve est normale, l'utérus infantile avec col ne prenant pas le lugol, petite sécrétion gélatineuse.

Une biopsie d'endomètre a montré de très nombreuses cellules géantes : tuberculose probable.

Prénomènes prémenstruels et troubles menstruels proprement dits présentent un caractère commun : ils se développent sur le même terrain, le terrain dysménorrhéique.

★ ★

La dysménorrhée revêt donc un caractère éminemment capricieux ; mais à ses variations extrêmes d'un sujet à l'autre, il convient d'opposer sa remarquable fixité chez une malade donnée, le déroulement des symptômes suivant un ordre immuable. Tel est le cas de cette observation (Obs. VII) : la douleur, très courte, est très précise : douleur, puis syncope et enfin, pendant vingt minutes, quelques coliques.

Quelles que soient les variations cliniques, elles influent peu sur la conduite du traitement.

Deux points méritent d'être éclaircis :

— La douleur est-elle ou non calmée par les analgésiques habituels ?

— La malade est-elle ou non obligée de s'aliter ?

Seules sont importantes les dysménorrhées :

— qui ne cèdent pas aux analgésiques habituels ;

— qui immobilisent les sujets et qui, de ce fait, posent en même temps un problème social.

CHAPITRE II

Etiologie

Nous rappellerons pour mémoire, au début de ce chapitre, la distinction classique en Dysménorrhée d'origine :

- mécanique,
- spasmodique,
- infectieuse,
- hormonale.

Il s'agit là de notions bien connues ; il faut toutefois insister sur deux points :

— Les cas purs, où une seule cause se trouve nettement en jeu, sont rares ; le plus souvent, il s'agit de cas impurs où s'intriquent des mécanismes multiples dont l'importance respective est difficile à apprécier.

— On ignore encore actuellement le rôle déclanchant de chaque lésion dans le mécanisme d'apparition de la douleur.

Nous tenterons de donner une échelle de valeur quant à la fréquence respective des diverses étiologies.

I. — DYSMÉNORRHÉE MÉCANIQUE. — Elle est la plus anciennement connue et longtemps on a prétendu qu'il n'existait pas de dysménorrhée sans obstacle. Cette conception a dû être profondément modifiée ; la théorie mécanique a été attaquée mais on doit cependant la retenir en élargissant son cadre primitif.

1°) Le *corps utérin* peut être en cause. On comprend facilement que les malformations, empêchant l'écoulement normal du sang, puissent entraîner la douleur par suite de la distension utérine. C'est le cas également des déviations telles que rétroversion ou antéflexion très accentuées,

congénitales ou acquises. — Une autre forme de dysménorrhée mécanique est celle qui est liée à l'existence d'un myome ; au niveau de cette dystrophie les contractions sont plus fortes et l'on sait que le renforcement des contractions entraîne la douleur.

HIRSCH montre que les douleurs surviennent avant que l'utérus ne contienne du sang.

Le facteur le plus important est l'hypoplasie et il ne faut jamais la négliger, même lorsqu'on a découvert une autre étiologie possible. Pour KENNEDY, le sang aurait tendance à stagner dans les sinus et les douleurs seraient dues à la mise sous tension d'une musculature trop pauvre en fibres élastiques. Cette théorie permet d'expliquer les bons résultats obtenus par le traitement folliculinique qui provoque une prolifération du tissu élastique.

Nous attirerons l'attention sur un détail étiologique tiré de l'observation clinique : quand la dysménorrhée est tardive ou s'étend sur toute la durée des règles, il faut penser à une lésion organique importante telle que fibrome ou endométriose (Obs. VIII).

Il faut mentionner le cas spécial de la dysménorrhée membraneuse. Quand les lambeaux desquamés sont trop volumineux, ils ne peuvent franchir le col facilement et constituent de véritables corps étrangers que les contractions tentent d'expulser ; ceci explique l'analogie entre les douleurs ressenties et celles de l'accouchement.

2°) Mais le rôle majeur revient au *col* au niveau duquel les anomalies peuvent être d'ordre morphologique, ce qui n'a de valeur que dans les dysménorrhées primitives. Nous avons été frappés par la relative fréquence d'un col petit, conique. L'orifice ne participe pas toujours à cette hypoplasie et peut être parfaitement normal. Par contre, avec un col normal, on peut trouver un orifice punctiforme. Encore ne faut-il pas exagérer l'importance de ces notions morphologiques : en effet, toutes les femmes dont le col est petit, l'orifice punctiforme, ne souffrent pas au moment de leurs règles ; de plus, les sténoses cicatricielles qui, en général, suivent les électrocoagulations endocer-

vicales trop poussées, s'accompagnent bien rarement d'une dysménorrhée nettement en rapport avec le geste malheureux.

Mais en réalité, au niveau du col ou, plus précisément, au niveau de l'isthme, le facteur essentiel n'est pas organique, ce qui nous conduit à l'étude des dysménorrhées fonctionnelles dites spasmodiques.

II. — DYSMÉNORRHÉE SPASMODIQUE. — A notre avis, en effet, le spasme de l'isthme est plus souvent en cause que les malformations du col ou du corps utérin lui-même.

L'isthme joue un plus grand rôle que l'orifice externe : lorsqu'on rencontre un obstacle au cours d'un cathétérisme utérin, c'est toujours — à moins qu'il ne s'agisse d'une sténose cicatricielle — au niveau de l'orifice interne.

Normalement il existe une liaison étroite entre la contraction du corps utérin et la dilatation du col. Parfois cette synergie n'existe pas et c'est alors qu'apparaît le spasme isthmique.

Ce spasme, reconnu par de nombreux auteurs, est facile à mettre en évidence en clinique : au cours de tout examen endo-utérin, on sent, au niveau de l'orifice interne, une résistance qui est normale et, habituellement, cède facilement. Quelquefois, on a des difficultés à franchir l'isthme qui est forcé avec une pression plus ou moins grande ; il peut arriver que l'examen soit impossible sans anesthésie.

L'expérimentation confirme ces données de la clinique et précise l'intensité de cette contracture.

— La radiographie permet de vérifier son existence. A la technique de BÉCLÈRE qui utilise une canule intra-cervicale, nous préférons l'emploi d'une canule longue intra-corporéale (PALMER). Avec la première méthode, le lipiodol est injecté dans le canal cervical où il reste plus ou moins longtemps, à une pression plus ou moins élevée, avant de pénétrer dans la cavité corporéale ; parfois il y a étanchéité absolue. Mais on sait que la région isthmique est une région réflexogène et la distension ainsi provoquée ne

contribue-t-elle pas à accentuer le spasme existant déjà ? En utilisant une canule longue, le lipiodol est injecté directement dans l'utérus, l'irritation du col est réduite au minimum. On tient compte, dans ce cas, de la rapidité de l'évacuation. Quand le spasme est très serré, l'utérus ne se vide pas, le canal n'est pas dessiné.

— M. PALMER préconise l'insufflation rétrogradé, d'utilisation plus facile. Les chiffres sont les mêmes chez les femmes normales et chez les dysménorrhéiques en période folliculinique ou folliculino-lutéinique. Par contre, en période douloureuse, le tableau change complètement ; sur la courbe déjà anormalement élevée (les fuites ne se produisent jamais au-dessous de 50 mm Hg) se greffent des élévations transitoires extrêmement marquées, pouvant atteindre 150 mm Hg. Le tonus peut être assez élevé pour que la sonde tienne en place toute seule et qu'il n'y ait pas de fuite spontanée du gaz carbonique (Obs. IX et X). Dans quelques cas, ce tonus isthmique élevé s'accompagne d'un tonus tubaire très bas et l'insufflation est d'emblée tubaire, sans qu'il soit possible de faire refluer le gaz (Obs. IX). Au cours des menstruations douloureuses, le sphincter reste contracturé et présente, de façon intermittente, de véritables spasmes qui paraissent synchrones aux fortes contractions utérines.

A côté de ces étiologies mécanique et spasmodique que l'on rencontre fréquemment — nous les avons mises en évidence dans le deux tiers de nos observations —, on doit faire une large place à l'infection dans la genèse des phénomènes douloureux.

III. — DYSMÉNORRHÉE INFECTIEUSE. — Il faut distinguer nettement deux cas selon le siège génital ou extra-génital de la lésion.

1°) *Lésion génitale*. — Elle ne vaut que pour les dysménorrhées secondaires. Elle a attiré l'attention de nombreux auteurs et nous l'avons trouvée, avec ses diverses localisations, chez 60 % de nos malades.

L'examen clinique permet exceptionnellement de dé-

celer une masse annexielle dont l'importance fait prévoir la nécessité d'une intervention chirurgicale d'exérèse. Généralement, on ne trouve que des lésions discrètes, atteignant plus souvent le paramètre que les annexes, parfois seulement le col : endocervicite ou même exocervicite légère.

On arrive toujours, par une thérapeutique appropriée, à guérir l'infection, mais il n'existe pas de relations étroites entre la disparition des signes physiques et celle de la dysménorrhée.

2°) *Lésion intestinale*. — Les troubles intestinaux sont fréquemment associés aux phénomènes menstruels, soit qu'ils ne surviennent qu'à l'occasion des règles, soit qu'ils présentent alors une intensité accrue.

Quelquefois, il s'agit d'une lésion appendiculaire primitive. COTTE en nie l'entité : « Dans bien des cas d'appendicite apparaissant à l'occasion d'une période préménstruelle, il s'agit seulement de poussées congestives en rapport avec un molimen plus ou moins laborieux ». Mais quand, à des examens successifs, on retrouve un cæcum douloureux, un point de Mac Burney plus accentué en décubitus latéral gauche avec un certain degré de psöitis, il convient d'opérer.

Parfois, l'intestin lui-même ou le colon sont touchés ; il peut s'agir d'un simple spasme colique (Obs. XI), d'un dolichocolon (Obs. XII).

Les signes génitaux peuvent manquer totalement et l'intestin seul paraître en cause. Nous avons observé un cas de dysménorrhée typique où l'examen génital était négatif ; on retrouvait, quel que soit le moment du cycle, un point douloureux très net sans qu'il fut possible de déterminer s'il siégeait au niveau de l'appendice ou du pédicule tubo-ovarien.

Bien qu'il soit difficile de préciser l'importance du facteur intestinal, il faut toujours essayer d'agir sur lui ; on aura de toutes façons, fait œuvre utile.

Si une appendicectomie guérit parfois une dysménorrhée, l'intervention elle-même est souvent le point de

départ de ce syndrome (Obs. V, XIII, XIV). On peut invoquer alors soit l'action néfaste d'adhérences post-opératoires, soit un mécanisme réflexe ayant créé une perturbation nerveuse dans le territoire du petit bassin.

IV. — **DYSMÉNORRHÉE HORMONALE.** — Deux théories, servant chacune de base à une méthode de traitement, s'opposent :

a) La dysménorrhée est liée à une insuffisance de progestérone. NOVAK et WITHERSPOON émettent l'hypothèse d'une défaillance fonctionnelle dans la sécrétion de la lutéïne par le corps jaune. KOTZ et PARKER parlent de déséquilibre entre les fonctions folliculinique et lutéinique. KNAUS et REYNOLDS montrent l'action inhibitrice de la progestérone sur les contractions utérines.

b) La dysménorrhée est le témoin d'une ovulation normale. WILSON et KURZROK considèrent l'existence d'un corps jaune fonctionnel comme condition essentielle de l'apparition des douleurs menstruelles. Cette théorie est reprise par de nombreux auteurs, notamment en France par VARANGOT et JEANDIDIER, et semble confirmée par le caractère indolore des règles provoquées par l'administration isolée d'œstrogènes.

Il nous a été donné de faire personnellement les constatations suivantes :

— En règle générale, l'examen de la courbe thermique, que nous pratiquons systématiquement, nous montre un décalage deux semaines environ avant l'apparition des règles. La sécrétion cervicale suit le cycle normal : col sec, glaire filante, col sec.

— Nous avons fait, chaque fois que nous en avons eu la possibilité, une biopsie d'endomètre : sur trente examens ainsi pratiqués, nous avons seulement quatre résultats anormaux :

1) 23^e jour d'un cycle de vingt-huit jours : Etat folliculinique atypique, peu de glycogène (contradiction avec la courbe thermique qui montre un décalage prémenstruel normal) (Obs XV).

2) 23^e jour / 26 : Etat folliculinique intermédiaire, traces très minimes de glycogène : il n'y a pas vraisemblablement d'action de progestérone.

3) 26^e jour / 30 : légère hypertrophie glandulaire, état folliculinique atypique. Glandes télescopées avec régions fortement désorganisées, traces de glycogène ; quelques artérioles spiralées.

4) 28^e jour / 58 : muqueuse atrophique (Obs. IV).

D'après notre expérience, la fonction ovarienne paraît le plus souvent normale, les sécrétions folliculinique et lutéinique s'équilibrant parfaitement. Dans les cas où cette harmonie est rompue, on note trois fois sur quatre une insuffisance de progestérone ; dans une observation, il y a une hypofolliculinie accentuée, sans trace de l'action du corps jaune.

Il nous semble donc que l'enquête étiologique corrobore les données de la clinique et que la dysménorrhée soit le témoin de règles dites « ovulatoires », bien qu'actuellement manque encore toute traduction clinique certaine de l'ovulation.

★ ★

De ces quatre causes classiques, l'une paraît souvent en jeu : l'origine spasmodique des phénomènes douloureux. Le rôle de l'infection est sujet à une interprétation difficile car les signes fonctionnels ne s'amendent pas toujours parallèlement à l'état local.

Pour admettre sans réserve l'existence d'une dysménorrhée hormonale liée à l'insuffisance d'action de la progestérone, alors que la biopsie de l'endomètre est normale, il faudrait conclure à un défaut de réceptivité du myomètre à cette hormone alors que l'endomètre est normalement influencé ; le seuil de réceptivité à la progestérone serait donc différent pour l'endomètre et le myomètre. Il s'agit là plus d'une hypothèse que d'une certitude. — Les dosages d'élimination du prégnandiol en fin

de cycle et l'étude des frottis vaginaux apporteront sans doute une précision de plus à cette question encore si mal connue.

Toutes ces causes peuvent jouer comme facteur déclenchant, mais un élément ne manque pour ainsi dire jamais : c'est le caractère déséquilibré du terrain dysménorrhéique.

★★

Le Terrain Dysménorrhéique

Les phénomènes qui le caractérisent sont de deux ordres :

— Sensitifs ;

— Psychiques.

I. — LES PHÉNOMÈNES SENSITIFS. — Les femmes dysménorrhéiques présentent de véritables troubles sensitifs de la sphère génitale. M. MOCQUOT signale que si, en faisant un toucher, on exerce une pression sur la lame quadrilatère de l'os coxal, on fait naître une vive douleur qui irradie vers les cuisses. M. PALMER, de son côté, a noté une tension des ligaments utéro-sacrés qui sont douloureux. Ces phénomènes ne sont pas trouvés chez les femmes normales. — Les culs-de-sacs sont hyperesthésiques ; la mise en place d'une pince de Pozzi provoque souvent une réaction violente. L'examen est rendu difficile ; parfois toute manœuvre que nécessiterait un examen complémentaire est impossible (Obs. XVI). Chez ces malades, on observe fréquemment un spasme du releveur, du vaginisme. C'est dire qu'il faut, plus encore que d'habitude, apporter la plus grande douceur au toucher vaginal que l'on fera de préférence avec un seul doigt, pour éviter toute contrac-

tion. On utilisera toujours un petit spéculum que l'on introduira par des mouvements pendulaires ; on préférera la vaseline à l'eau de savon. — Ce sont là de petits détails de technique, mais ils offrent un grand intérêt pratique chez ces sujets pusillanimes.

A côté de ces signes que l'examen, seul, décèle, il faut noter l'existence de véritables névrites pelviennes et de troubles périphériques — tels que crampes, parésies, paresthésies —, que nous avons déjà mentionnés.

II. — LES TROUBLES PSYCHIQUES. — Ils ont attiré l'attention de nombreux auteurs, notamment dans les pays Anglo-Saxons.

Nous retrouvons chez la plupart de nos malades un terrain spécial : il s'agit de femmes irritables, anxieuses, pleurant facilement, avec accentuation de cette tendance en période prémenstruelle ; on trouve parfois un état dépressif, susceptible de passer à la chronicité (Obs. X). L'émotivité des malades gêne l'examen.

Il est difficile, pour le médecin, d'inspirer confiance en milieu hospitalier, étant donné la promiscuité de la salle d'attente ; la biopsie de l'endomètre et l'électrocoagulation sont redoutées : certain jour, la plupart de nos consultantes sont parties car l'une d'entre elles avait semé la panique en parlant du « morceau de chair » que nous venions de lui prélever. C'est dire l'intérêt qu'il y aurait, dans une consultation spécialisée, à séparer les malades dans des box.

Dans tous les cas, il est assez difficile de poursuivre le traitement : les sujets calmes en apparence se révèlent pusillanimes à l'examen ; aussi faut-il se garder de pratiquer d'emblée des explorations douloureuses.

Quand, après une étude qui n'est encore, à vrai dire, que bien superficielle, on a l'impression de se trouver devant un déséquilibre psychique notable, il faut à tout prix faire parler la malade. Cette enquête doit paraître

discrète et être faite en tête à tête : à l'hôpital on disposera donc d'une pièce isolée dont l'accès sera formellement interdit, même aux médecins autres que le médecin traitant. Il ne faut pas se présenter comme un psychiatre, mais comme un spécialiste du système nerveux ou même vago-sympathique, de façon à ne pas éveiller l'attention de la malade qui se plaint à priori de troubles gynécologiques et non psychiques.

Deux choses sont difficiles à lui faire comprendre :

— l'existence de relations entre certains événements du passé et les phénomènes douloureux précis qu'elle ressent ;

— l'intérêt de cette conversation.

L'étude du psychisme, dont dépend la psychothérapie, ne peut être faite que sur un nombre limité de malades. Elles appartiennent à deux catégories :

1) ou bien elles avouent leur déséquilibre, soit qu'elles aient déjà été traitées, soit qu'elles se rendent compte de leur état qui est, le plus souvent, dépressif ;

2) ou bien elles sont assez instruites pour apprécier l'importance des connexions psycho-somatiques, ce qui est à vrai dire, plus fréquent dans la clientèle de ville que dans la clientèle hospitalière.

Même dans ces cas favorables, de nouvelles difficultés surgissent pour le médecin :

a) la psychanalyse est rarement possible : on connaît en effet la nécessité d'un cadre adapté à cette étude, de visites fréquentes — quotidiennes ou trihebdomadaires —, surtout au début, qui créent de lourdes charges pécuniaires pour les patientes.

b) seule reste la psychothérapie. Trois éventualités défavorables peuvent se présenter :

α) la malade s'y refuse, soit par incompréhension, soit par antipathie pour le psychothérapeute.

β) la malade y consent trop volontiers et dissocie complètement la psychothérapie du traitement gynécologique.

γ) la malade abandonné au bout de quelques séances, lassée de ces interrogatoires indiscrets qui ne lui apportent pas de bénéfice immédiat.

En supposant les conditions idéales réalisées — malade consentante et psychothérapeute patient et avisé —, l'étude du psychisme demande au moins quelques mois pendant lesquels il faut agir par des traitements gynécologiques répétés pour entretenir la confiance.

Citons ici le cas de nos malades dont l'observation psychologique a pu être prise :

Mlle B... (Obs. I). — Crises épileptoïdes avant chaque règles, pas de spasmophilie réelle. Guérison complète.

Mlle B... (Obs. communiquée par Mme Michel). — Dépression, complexe d'infériorité par rapport à une sœur plus brillante. Guérison totale des phénomènes prémenstruels et du déséquilibre psychique.

Mme D... (Obs. X). — Psychasthénie (intelligence très au-dessous de la moyenne). Guérison de la dysménorrhée, persistance de la dépression.

Mlle P... (Obs. communiquée par Mme Michel). — Virginité prolongée, complexe d'infériorité physique et professionnelle. Quinze séances de diathermie et psychothérapie : guérison et changement de profession.

Mlle X... (Obs. communiquée par Mme Michel). — Dépression, haine du père, difficultés de la vie familiale. Diathermie (quinze séances) et psychothérapie associées : changement de l'organisation familiale, guérison.

A côté de ces résultats brillants, nous devons mentionner des échecs notoires :

Mlle A... — Psychothérapie très suivie, échec complet. Reclassement social impossible (parents morts en déportation, vie conjugale avec un alcoolique).

Mme D... (Obs. communiquée par Mme Michel). — Psychothérapie bien conduite : échec, mais guérison ultérieure après guérison d'une parasitose intestinale.

Les psychoses réelles sont rares. Nous nous trouvons généralement en présence d'un petit déséquilibre que l'impression du premier examen et un interrogatoire minutieux permettent déjà de soupçonner.

En conclusion, cette *étude psychologique* est :

— — *difficile* :

— Elle s'adresse à un nombre restreint de malades et, de plus, à des malades inquiètes qui ont tendance à fuir.

— Le milieu hospitalier ne constitue pas un climat favorable.

— *aléatoire* : l'amélioration des signes locaux est plus facile que celle de l'état psychique.

Mais si difficile soit-elle, elle doit être entreprise car elle est, en elle-même, un traitement : la prise de conscience de la malade devant son déséquilibre et les efforts faits pour rétablir la situation détournent son attention des phénomènes douloureux.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans notre étude thérapeutique.

CHAPITRE III

En conclusion de l'examen gynécologique et général, on tente d'établir un diagnostic étiologique, tentative vouée à un succès bien relatif.

En pratique, trois cas se présentent :

- 1) cas purs où l'étiologie paraît évidente ;
- 2) cas impurs : de multiples causes s'intriquent ;
- 3) cas inexplicables cliniquement.

I. — LA CAUSE EST ÉVIDENTE.

a) Ce sont les cas de dysménorrhée virginale répondant à l'installation d'un cycle ovulatoire sur un utérus hypoplasique.

b) Ce sont les dysménorrhées survenues brutalement à la suite

- soit d'une infection patente et contrôlée,
- soit d'un accouchement où un trouble de l'involution utérine a abouti à la constitution d'une déviation,
- soit d'une intervention chirurgicale.

II. — LES CAUSES SONT MULTIPLES. — Le plus souvent, les cas ne sont pas aussi purs : on se trouve par exemple en présence d'une malade encore très jeune chez qui la dysménorrhée est d'apparition récente mais progressive ; aucun accident net ne semble expliquer les troubles. L'examen, chez une femme qui a eu des rapports, révèle des signes discrets d'infection, un col conique, un utérus relativement petit, rétroversé ; la rétroversion est mobile et cependant sa réduction ne calme pas les douleurs ; l'infection guérit aisément et cependant, à cette guérison appa-

rente, ne répond pas une amélioration des signes fonctionnels. En fin de compte, on est embarrassé et on pose, sur des bases trop nombreuses, un diagnostic étiologique incertain.

III. — A ces cas où l'ÉTILOGIE paraît trop riche, s'opposent ceux où elle N'APPARAÎT PAS.

L'examen clinique ne décèle aucune anomalie, ni morphologique, ni même spasmodique, ni endocrinienne. On est alors réduit à invoquer l'anomalie du terrain et à admettre que :

La dysménorrhée dépasse le cadre de la gynécologie car :

a) Elle survient chez des femmes qui ont le plus souvent un cycle menstruel normal ;

b) Elle s'accompagne presque toujours de phénomènes réflexes : troubles gastro-intestinaux, urinaires, psychiques, de troubles du métabolisme, quelquefois de phénomènes anaphylactiques ;

c) Elle répond à un trouble sensitif général, à notre avis plus cortical que périphérique.

On est en droit de la comparer à l'asthme dont elle a :

a) Le terrain particulier, le déséquilibre neuro-végétatif, peut-être les modifications d'ordre anaphylactique ;

b) Les épines irritatives diverses.

Cette comparaison a l'intérêt de :

α) orienter les recherches vers une origine anaphylactique ;

β) faire prévoir la conduite thérapeutique qui sera éleetique, visant

— non seulement à supprimer l'épine irritative,

— mais à modifier le terrain lui-même par des actions diverses dirigées sur tous les appareils apparemment touchés, et étayées par une psychothérapie intensive et suivie.

DEUXIÈME PARTIE

Essai de conclusion pratique

Nos tentatives thérapeutiques, loin d'être toujours fructueuses, nous ont donné quelques succès durables, de nombreuses améliorations, un pourcentage important d'échecs.

Cependant, nous nous permettrons de critiquer d'abord, les méthodes généralement employées à l'heure actuelle.

Nous envisagerons ensuite la conduite pratique à tenir devant une dysménorrhée, quelle qu'en soit la cause.

CHAPITRE I

Critique des divers traitements

Le traitement le plus courant est le traitement hormonal ; l'hormone d'élection est la progestérone, suivie de près par la testostérone. Quand on recherche, dans les observations, les raisons qui ont pu décider les médecins à donner telle ou telle hormone, on constate, le plus souvent, qu'aucun examen endocrinien sérieux n'a été pratiqué : le cycle thermique est inconnu, le col n'a pas été surveillé, la biopsie de l'endomètre manque. Le traitement a été donné au hasard ; il a réussi ou échoué, plus souvent échoué.

En effet, nous ne saurions trop répéter que les dysménorrhéiques, dont le cycle ovulatoire est normal, ont peu de chances de bénéficier de l'apport supplémentaire d'une hormone dont elles ne manquent pas. Si nous voyons réussir quelquefois ces tentatives, c'est pour une raison bien simple sur laquelle nous reviendrons : la foi de la malade en la compétence de son médecin remplace souvent, dans ces cas, la logique de la thérapeutique.

Il convient toutefois d'utiliser les traitements hormonaux, mais non comme première arme. Avant de les prescrire, on doit s'assurer, dans la mesure où les moyens actuels le permettent, des imperfections du fonctionnement utéro-ovarien.

Il est une erreur inverse à ne pas commettre : c'est de procéder d'emblée à des épreuves qui, pour être scientifiquement justifiées, n'en sont pas moins douloureuses. Il ne faut jamais oublier que les dysménorrhéiques sont des

femmes pusillanimes et probablement hypersensibles. Le médecin qui, dès le premier examen, pratique une biopsie d'endomètre ou une insufflation rétrograde a de fortes chances de ne pas revoir la malade.

Nous sommes bien placés pour parler de cette erreur, car nous l'avons commise au début de nos essais. Un courant de panique a traversé nos salles d'attente bientôt désertées. Nous avons dû procéder d'une façon plus nuancée, en inspirant d'abord confiance à la malade, en lui expliquant ensuite que telle ou telle épreuve douloureuse était susceptible de nous orienter vers une thérapeutique d'efficacité radicale. C'est ainsi que, sur quatre-vingts malades, nous n'avons pratiqué que trente biopsies de l'endomètre chez des femmes dont l'acceptation nous semblait acquise.

En nous excusant de ce préambule, nous exposerons successivement pour chaque méthode :

- ses avantages et ses inconvénients ;
- ses indications.

I. — TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — M. A. BINET dit que « le traitement symptomatique est un aveu déguisé d'ignorance ». Or, comme notre étude étiologique s'est efforcé de le montrer, en matière de dysménorrhée nous restons souvent ignorants. Le traitement symptomatique sera donc tout naturellement le traitement d'élection.

a) Ses *avantages*. — Il a parfois celui d'être immédiatement efficace : nous avons eu une malade (Obs. XVII) chez qui divers traitements scientifiques mis en œuvre ont conduit à des échecs alors qu'un seul cachet de phénylamidoxanthine suffit pour faire disparaître la douleur.

S'il est insuffisant, il apporte tout de même une amélioration relative dans la majorité des cas.

S'il échoue, il nous laisse le temps de poursuivre notre étude étiologique ; il n'a aucune influence sur l'état endocrinien et il permet en outre de différer les examens complémentaires douloureux.

b) *Ses inconvénients*. — Il n'en existe aucun à partir du moment où :

— on n'utilise pas de stupéfiants ;

— on n'a pas la paresse de s'en contenter et l'on poursuit patiemment les investigations d'ordre étiologique.

II. — TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE. — Basé sur un examen sérieux, il est théoriquement idéal.

a) *Ses avantages*. — Tendant à supprimer la cause du trouble fonctionnel, il a plus de chances d'être radical.

Il est plus scientifique.

Il doit toujours être pratiqué en second ressort, après une enquête étiologique et clinique complète.

b) *Ses inconvénients*. — Ce traitement est souvent décevant. Trois éventualités sont à considérer :

1^o) *Cas purs* : Quelquefois, la cause paraît pure, il ne semble pas qu'il y ait de doute possible. Il s'agit alors le plus souvent d'une jeune fille chez qui on ne trouve qu'une hypoplasie utérine ou d'une jeune femme dont les douleurs apparaissent peu après les premiers rapports avec, à l'origine, une infection certaine. *On applique de confiance le traitement étiologique* qui, rationnel, devrait donner un résultat spectaculaire ; malheureusement, nous sommes bien souvent déçus. D'une part, la cause ne cède pas toujours au traitement : malgré une thérapeutique intensive par les œstrogènes, l'utérus ne se développe pas ; l'infection résiste aux médications spécifiques. D'autre part, même si nous obtenons une disparition du facteur étiologique — ou du moins soupçonné tel —, la disparition parallèle des manifestations pathologiques n'est pas constante.

Chez une de nos malades, l'examen ne montre qu'une rétroversion non fixée que l'on réduit facilement. Mise en place d'un pessaire. Les règles qui ont suivi ont été encore plus douloureuses que d'habitude (malgré la réduction qui persiste après ablation du pessaire).

Chez une autre (Obs. VI), on relève deux facteurs associés : un orifice punctiforme que l'on dilate et une rétroversion fixée par paramérite. Un traitement anti-infectieux libère l'utérus. Malgré cela, on n'obtient aucune amélioration de la dysménorrhée.

Dans un autre cas (Obs. III), après échec de divers traitements, une coelioscopie faite par M. PALMER en juin 1945 montre des ovaires blancs et lisses ; sur cette notion, on fait vingt injections de iodobismuthate de quinine. Aucune modification des troubles.

2°) *Cas impurs.* — Fréquemment, l'examen clinique met en évidence plusieurs facteurs sans que l'on puisse préciser le rôle de chacun d'eux. Doit-on incriminer l'infection plutôt que la rétroversion ou le développement insuffisant de l'utérus ou encore le spasme de l'isthme ? — La réponse est difficile à formuler, d'autant plus qu'il peut y avoir des épines invisibles qui se surajoutent : troubles nerveux ou psychiques ou histologiques qu'un examen conduit cependant avec soin ne permet pas de déceler. *On risque alors d'agir sur des causes annexes sans trouver la cause réelle.*

Si le but principal recherché n'est pas atteint, on a néanmoins fait œuvre utile en guérissant une femme de son infection, en développant un utérus hypoplasique, facteur possible de stérilité, en réduisant une rétroversion qui, bien tolérée actuellement, pourrait entraîner par la suite des complications diverses.

3°) *Cas ignorés.* — L'examen est resté négatif ; on ne peut agir sur le facteur responsable. C'est alors qu'on s'adresse aux traitements tendant à modifier le terrain.

III. — TRAITEMENTS TENDANT A MODIFIER LE TERRAIN. — C'est dans le cas où notre ignorance est la plus éclatante que le traitement général prend toute sa valeur.

On intervient encore étiologiquement en admettant que la dysménorrhée est un trouble sensitif général portant sur la zone corticale. La psychothérapie est donc la base de ce traitement.

Elle ne présente d'inconvénients que si elle est mal faite ; d'où la nécessité pour le gynécologue de s'adjoindre un psychiatre. Si celui-ci n'intervient pas directement, il aidera, de ses conseils, le médecin intéressé par ce côté du problème, de façon à lui éviter des fautes graves qui auraient pour résultat, non seulement de ne pas guérir les troubles fonctionnels, mais d'aggraver une psychose, si elle existe.

IV. — TRAITEMENT HORMONAL. — Bien compris, il est une forme de traitement étiologique.

a) Ses *avantages*. — Il apporte à l'organisme des principes qui n'existent qu'en quantités insuffisantes ; mais il faut alors qu'il soit la conclusion d'examens biologiques sérieux.

Il peut également s'adresser au terrain : c'est le cas lorsqu'on administre de la folliculine pour bloquer l'ovulation.

b) Ses *inconvénients*. — Il repose sur des bases trop fragiles. Les méthodes d'exploration hormonale se sont développées, mais il n'est pas prouvé qu'elles aient toujours la signification qu'on leur donne et sans doute conclue-t-on trop hâtivement à l'existence de phénomènes supposés. Ainsi la biopsie montre l'effet physiologique des hormones sur l'endomètre mais il est des cas où le fonctionnement ovarien est normal et où l'utérus ne réagit pas.

Lorsqu'une anomalie existe au niveau de la muqueuse, il faudrait pouvoir discerner quelle en est la cause réelle, discrimination qui n'est pas toujours facile à établir. — Quand l'équilibre folliculine-progestérone est rompu, s'agit-il d'un excès relatif de folliculine, qui commande une thérapeutique par les androgènes, ou d'une insuffisance de progestérone ? Il est souvent bien difficile de répondre.

Si négliger les armes efficaces offertes par l'endocrinologie constitue une faute, en user trop largement, bien souvent sur la seule présomption d'un désordre glandulaire, n'en constitue pas une moins grave.

En CONCLUSION, le traitement symptomatique et la psychothérapie sont d'excellentes méthodes. Le traitement étiologique, théoriquement idéal, est souvent voué à l'échec de par notre ignorance même.

CHAPITRE II

Essai de conduite pratique

En présence d'une malade venant consulter pour dysménorrhée, on doit faire un examen clinique minutieux, une enquête étiologique poussée. Des renseignements obtenus, on déduira les indications thérapeutiques et la conduite pratique du traitement.

1. — IL FAUT TOUJOURS FAIRE UN TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE qui souvent suffit (Obs. XVIII) et qui est essentiel pour donner confiance à la malade qui n'a pas été traitée ou qui l'a été incorrectement par des hormones. C'est lui qui nous a parfois donné le meilleur résultat (Obs. XI). Il doit être d'autant plus riche que le psychisme est plus instable.

On utilise :

1°) Les *Analgésiques*. — L'aspirine ne suffit pas. On emploie des cachets composés spécialisés dans lesquels entrent, selon les formules, pyramidon, phénacétine, chloral, bromure de sodium. Les vaso-constricteurs (hamamélis, hydrastis) peuvent être avantageusement associés.

On doit éviter de prescrire les opiacés en raison de l'accoutumance qu'ils donnent : chez une de nos malades, l'injection de morphine qu'elle recevait chaque mois ne calmait même plus la douleur.

Les préparations à base d'antispasmodiques réussissent très bien, notamment dans les troubles réflexes ou quand s'associent des troubles intestinaux.

2°) Les *suppositoires belladonés*. — Ils sont très effi-

caces, à condition d'être utilisés dès le début des douleurs. On peut les indiquer à titre préventif, dans les jours qui précèdent l'apparition des règles.

3°) *La chaleur*. — Son action sédative sur les phénomènes douloureux est bien connue et nombreuses sont les femmes qui mettent des bouillottes chaudes sur le ventre au moment de leur crise dysménorrhéique. On prescrit de petits lavements chauds, à garder, dans les derniers jours du cycle et pendant les règles.

L'association de ces lavements chauds et des suppositoires belladonnés donne de bons résultats.

4°) *La diathermie*. — Elle tient une place de choix. Ses indications sont multiples. Du point de vue local, elle est indiquée dans les dysménorrhées post-opératoires pouvant relever d'adhérences abdomino-pelviennes (Obs. XIX) ; elle favorise le développement d'un utérus hypoplasique ; elle a une action bienfaisante dans les infections chroniques. Mais surtout, elle a un extraordinaire effet moral ; par la chaleur qu'elle apporte, elle crée une certaine euphorie et constitue un élément de la psychothérapie, sur lequel nous reviendrons.

5°) *L'infiltration des paramètres*, préconisée par LIESSE. Son mécanisme d'action est double : elle entraîne, quel que soit le moment du cycle où elle est faite, une diminution du tonus isthmique et elle coupe la voie nerveuse sensitive.

Elle donne de bons résultats. En règle générale, il faut la recommencer chaque mois ; quelquefois, cependant, elle est suivie d'effets à distance, comme si on avait, par action réflexe, supprimé un phénomène sensitif. Nous avons ainsi obtenu une guérison complète chez une malade (Obs. V) qui se plaignait surtout de douleurs préménstruelles ; après une seule infiltration, les douleurs se sont ébauchées au cours du cycle suivant, puis ont disparu au lieu de durer dix jours. Nous avons, dans ce cas, fait trois infiltrations au total. — Dans une autre observation (Obs. XIII), nous avons eu une amélioration valable seulement

pour le cycle en cours ; à la suite d' un incident dû à la novocaïne, la malade a refusé toute nouvelle infiltration.

La technique en est simple mais il faut veiller à ne pas faire une injection intra-vasculaire qui est sans danger, mais donne quelques mauxaises.

On peut infiltrer le présacré au lieu des paramètres. Pratiquement, cela n'offre qu'un intérêt restreint car le résultat est le même avec une technique plus délicate.

II. — UN TRAITEMENT ETIOLOGIQUE S'IMPOSE CHAQUE FOIS QU'UNE ANOMALIE ORGANIQUE OU FONCTIONNELLE EST CONSTATÉE.

A. — *On traite l'épine irritative :*

1°) *Dysménorrhée mécanique.* — L'utérus est insuffisamment développé : on donne de la folliculine seule (Obs. XX et XXI) ou associée à la diathermie (Obs. XXII). Il est rétroversé : on essaie de le remettre en antéversion en présence d'une rétroversion qui se reproduit après réduction, on doit, si l'épreuve du pessaire a donné un bon résultat, envisager une ligamentopexie.

2°) *Dysménorrhée spasmodique.* — Lorsque le col est petit, avec un orifice punctiforme, et surtout lorsqu'on trouve, aux explorations endo-utérines, un spasme important de l'isthme, une dilatation aux bougies en gomme est susceptible de donner un résultat favorable, le plus souvent transitoire (Obs. XXIII). On observe le même effet de la dilatation lors d'une biopsie d'endomètre (Obs. XX, XXIV, XXV) ou d'une insufflation (Obs. XXVI). Dans ce cas, on peut attendre la guérison d'une dilatation aux bougies de Hégar, ou mieux d'une ouverture du col au bistouri électrique.

3°) *Dysménorrhée infectieuse.* — L'infection joue un grand rôle dans la pathogénie des dysménorrhées secondaires. En effet, il n'est pas rare qu'elle soit à son origine quand les phénomènes douloureux apparaissent après le mariage, un accouchement, un avortement. Aussi ne doit-

on jamais négliger une seule de ses manifestations, si minime soit-elle. Un kyste de Naboth doit être ouvert et ses parois coagulées ; une exocervicite doit également être traitée.

Il ne faut pas se décourager quand une endocervicite résiste au premier traitement anti-infectieux. Là où les sulfamides ou la pénicilline seuls, même injectés sous la muqueuse de l'endocol, ont échoué, on peut obtenir un résultat favorable en combinant leur action et en associant au besoin le propidon.

On connaît la participation importante de l'intestin dans la genèse des douleurs menstruelles. Un cæcum atone, un colon spasmé, sont justiciables d'une cure d'atropine, de bismuth, de charbon. Quand un point appendiculaire est retrouvé à des examens successifs, il faut envisager l'intervention, sans promettre toutefois qu'elle sera curatrice.

Dans tous les cas où une infection, même discrète, est diagnostiquée, il est indispensable de la traiter, qu'elle soit génitale ou intestinale.

4°) *Dysménorrhée hormonale.* — Quand un trouble endocrinien net est mis en évidence, on a recours au traitement hormonal correspondant : on donne de la folliculine, de la progestérone aux femmes qui en manquent (Obs. IV), on prescrit des androgènes pour contrebalancer une sécrétion d'œstrogènes qui semble exagérée (nous avons obtenu ainsi deux guérisons (Obs. XXVII et XXVIII) qui se sont maintenues après cessation du traitement) ; ils sont indiqués également quand les règles sont hémorragiques sans que les hémorragies soient dues à une lésion anatomique de l'utérus (Obs. XI).

Il faut l'avouer, les traitements hormonaux ont plus de prises sur les anomalies quantitatives de la menstruation que sur la douleur elle-même.

Il convient de répéter que le traitement étiologique, malgré son apparence rationnelle, est souvent décevant : telle malade présentant une paramétrite n'est pas influencée par la diathermie mais est améliorée par les

œstrogènes de synthèse (Obs. XII). Il est vrai que la cause est rarement unique, indiscutable ; presque toujours, l'examen, quand il est possible, révèle plusieurs anomalies et on doit remédier à chacune.

B. — *Il faut, quand les causes sont multiples, intriquées, les traiter toutes à la fois*, sans viser l'une d'elles en particulier puisqu'on ne sait quelle est la dominante.

Ces traitements associés offrent un avantage considérable car on peut avoir la chance d'agir sur la cause réelle. De plus, ils inspirent confiance à la malade : on lui donne, en effet, l'impression que l'on met tout en œuvre pour la guérir. Ce point est capital car il s'agit habituellement de femmes instables et l'action psychothérapique qu'on exerce sur elles est susceptible de donner d'aussi bons résultats que les substances médicamenteuses.

III. — QUAND L'EXAMEN EST NÉGATIF, ON DOIT MODIFIER LE TERRAIN. — « Si l'examen clinique ne nous montre aucune lésion de l'appareil génital, cela ne veut pas dire que celle-ci n'existe pas ». De plus « en l'absence d'une lésion macroscopique évidente, on ne peut affirmer qu'à l'origine du trouble fonctionnel il n'y ait pas une lésion histologique qui le commande » (COTTE). On doit donc intervenir même si, apparemment, tout est normal.

1°) La *dilatation du col*. — C'est au col qu'on s'adresse en premier. Il peut exister à son niveau, en dehors d'une sténose ou d'un spasme, une lésion des éléments nerveux. L'accouchement a sur la dysménorrhée une action favorable bien connue, action sans doute due à la distension musculaire d'une part, à l'élongation des filets nerveux d'autre part. Il est logique de tenter, par analogie, une dilatation. On commence toujours par les bougies en gomme ; ceci ne nécessite aucune préparation de la malade et permet de juger l'avantage offert par cette méthode. Si une amélioration est observée pendant les règles suivantes, il y a lieu de faire une dilatation aux bougies de Hégar, qui est plus brutale, nécessite une anesthésie, mais dont l'effet est plus durable.

Dans certains cas où l'on est amené à répéter ces dilata-tions, on doit envisager de faire une incision du col : stomatoplastie de POZZI ou intervention de PALMER.

2°) Les *traitements hormonaux*. — On vise à troubler le fonctionnement endocrinien normal plutôt qu'à donner des hormones qui ne manquent pas. C'est là une des principales indications des œstrogènes.

On les prescrit au début du cycle, habituellement du cinquième au quinzième jour, à la dose de deux milligrammes par jour. Quelquefois on note un raccourcissement du cycle ; on a alors intérêt à commencer plus tôt, celui-ci étant d'autant moins perturbé que le début du traitement se rapproche davantage du premier jour des règles.

Mais il ne faut pas oublier que les résultats de cette thérapeutique sont aléatoires. L'effet immédiat désiré n'est pas toujours obtenu et on n'est pas assuré que le déséquilibre provoqué régulièrement pendant un temps assez long n'ait pas de répercussions ultérieures sur les interrelations hypophyso-ovariennes.

3°) La *psychothérapie*. — Elle joue le rôle majeur dans les dysménorrhées qui semblent essentielles, soit qu'on y ait recours d'emblée, soit après échec d'autres traitements.

IV. — LA PSYCHOTHÉRAPIE EST, DANS UN NOMBRE IMPORTANT DE CAS, UNE ARME PRÉCIEUSE. — Elle comporte :

- des actes thérapeutiques, souvent spectaculaires ;
- des conversations.

a) les *actes thérapeutiques*. — Nous avons dit quelle était la participation du psychisme dans la pathogénie de la dysménorrhée. Chez ces malades souvent hypersensibles, instables, on obtient parfois de bons résultats par des traitements qui agissent autant sur les centres supérieurs que sur l'organisme indemne de toute lésion. Tel est le cas de la malade de M. CORDIER, guérie à la vue de la longue aiguille pour infiltration du paramètre, ou de celle de M. KLEIN chez qui la coelioscopie fut curatrice.

Mais ce sont là des exemples assez rares ; par contre, on observe souvent des résultats analogues, bien que moins spectaculaires avec la *diathermie* (Obs. XXIX).

Chaque séance procure un repos de vingt minutes, repos absolu car chez ces femmes, qui sont habituellement en état de tension nerveuse, se produit alors une détente complète. La chaleur a une action bienfaisante localement et donne une certaine euphorie. Enfin, l'électricité jouit d'une grande faveur auprès de malades.

Les séances de diathermie doivent être nombreuses ; ce caractère permet d'associer au traitement gynécologique pur, la psychothérapie proprement dite.

b) les conversations. — Il faut, au cours de ces séances, faire parler la malade, chercher à savoir s'il n'existe pas, à l'origine de ses troubles, un fait précis, souvent un épisode de sa vie génitale, à moins que les malaises périodiques dont elle se plaint ne fassent naître dans son entourage une sollicitude qu'elle exploite.

Aussi l'interroge-t-on sur son passé, son enfance, ses expériences sexuelles si elle en a, le milieu familial dans lequel elle vit. On découvre ainsi quels sont les complexes qui ont pu apparaître au premier âge de la vie puis au cours de l'adolescence.

Une certaine technique est indispensable pour mener à bien une telle recherche ; la malade se livre plus facilement si la conversation lui semble amicale ; au contraire, si celle-ci est rapide, brusquée, elle se retranche dans une réserve qui ne laisse aucun moyen d'action.

Ainsi mise en confiance par ces quelques conversations initiales, la malade en arrive à raconter d'elle-même l'emploi de ses journées, ses rêves, et à découvrir en elle des pensées ou des sensations jusqu'ici inexprimées.

Il est à noter que, au cours de ces tentatives comme au cours de toute psychothérapie, on rencontre souvent au début une réaction hostile à laquelle il ne faut pas s'arrêter, et même parfois une aggravation des phénomènes lo-

caux. Il ne faut surtout pas conclure à un échec et interrompre le traitement, mais le continuer car cette réaction est de bon augure et prouve, en tous cas, que le psychothérapeute exerce une influence réelle.

L'intérêt de cette méthode qui associe la psychothérapie à la diathermie est prouvé par les résultats qui, ainsi obtenus en pratique de ville, sont incontestablement supérieurs à ceux observés à l'hôpital où la diathermie seule agit.

Quand doit-on confier la malade à un psychiatre ?
Quand elle-même, reconnaissant l'existence de son déséquilibre, le désire ou quand le gynécologue a échoué et que l'on préfère employer la psychanalyse vraie — ou toute autre psychothérapie — avant de se servir du dernier recours, l'arme chirurgicale. Encore, dans ce cas, convient-il d'être prudent et de présenter le psychiatre comme un neurologue, en affirmant qu'il s'agit d'un trouble purement somatique ou d'un déséquilibre du système sympathique que lui seul peut traiter : les sujets admettent fort bien souffrir d'une maladie nerveuse, mais non d'une maladie mentale : nous n'avons plus revu une femme qui avait refusé catégoriquement d'aller à Sainte-Anne où nous avions voulu l'envoyer.

Les succès sont peu nombreux, mais ils existent. Voici les deux observations les plus caractéristiques recueillies à l'hôpital Broca :

La première malade (Obs. X) se plaignait, outre une dysménorrhée irrégulière avec céphalées, vomissements, de troubles digestifs, circulatoires, de paresthésies, de douleurs à type angineux. Etat de dépression intellectuelle secondaire (perte de mémoire, distraction, manque de suite dans les idées) pour lequel elle a eu des électrochocs.

A l'examen, utérus difficilement mobilisable, annexe droite douloureuse : diathermie. Amélioration de la dysménorrhée mais les troubles réflexes ne sont pas influencés.

C'est alors que l'on décide de faire un traitement psychiatrique. Cinq mois après la dysménorrhée est guérie, mais la psychose persiste.

La deuxième malade (Obs. XXX) a continué à souffrir après an-

nexoectomie gauche et hystéropexie lors d'une première intervention, section d'adhérences lors d'une seconde, et enfin une hystérectomie subtotale.

Echec les infiltrations du paramètre et du présacré. Echec d'une première cure diathermique.

Améliorée par une seconde cure diathermique combinée au traitement psychiatrique.

c) Il est vraisemblable que les résultats favorables obtenus par la *climatothérapie* et la *crénothérapie* sont en grande partie dus à un effet psychique. Le repos, les distractions, le grand air, le changement de vie des malades interviennent. Fréquemment, l'interrogatoire permet de préciser que les troubles ressentis — même en dehors de la dysménorrhée — sont atténués pendant les vacances : une de nos malades a souffert chaque mois, depuis la puberté, sauf pendant un séjour en Tunisie (Obs. XXXI).

La psychothérapie ne doit jamais être négligée : elle peut éviter aux malades des interventions chirurgicales qui, si elles étaient faites d'emblée, risqueraient de s'avérer inutiles. Post-opératoire, elle offre bien moins de chances de succès ; c'est pourtant celle qui est préconisée, alors souvent trop tard, par les praticiens.

Du point de vue pratique, il nous semble qu'il y a, dans la majorité des cas, plus d'intérêt à utiliser une psychothérapie légère — mais bien conduite — faite par le gynécologue lui-même et présentée comme un complément de son traitement qu'à dissocier les deux spécialités, gynécologie et psychiatrie.

V. — LA CHIRURGIE NE TROUVE SON INDICATION QUE DANS UN NOMBRE TRÈS RESTREINT DE CAS :

1^o) *Les dysménorrhées franchement secondaires à l'apparition d'une lésion importante*, telle que fibrome, kyste de l'ovaire. Les douleurs menstruelles ne sont pas toujours influencées par la suppression de la cause présumée mais, cependant il ne faut pas hésiter à opérer, surtout si la malade a confiance dans l'opérateur et dans le résultat. La laparatomie permet de découvrir une lésion qui a pu

échapper à l'examen clinique — telle qu'infection discrète ou petit myome —, une endométriose possible non soupçonnée. De plus, on peut faire une résection du présacré ; mais on sait que cette intervention offre, dans les cas secondaires, moins de chances de succès que dans les dysménorrhées primitives.

L'indication opératoire fut posée deux fois, dans nos observations, et chaque fois on dut faire une hystérectomie subtotale :

La première, pour kyste de l'ovaire droit, de contenu séro-hématique, annexes gauches rétractées, salpingite bilatérale.

La seconde (Obs. VIII) pour gros utérus dur, salpingite bilatérale avec trompes et ovaires prolapsés dans le Douglas. Trompe gauche kystique, adhérences assez serrées. Laboratoire : fibromyome banal.

Ces deux malades n'ont plus souffert après l'opération.

2°) *Les dysménorrhées de l'endométriose tardives* et s'étendant sur toute la durée des règles, ayant partiellement cédé à l'hormone mâle.

3°) *Surtout les dysménorrhées des vierges qui ont résisté au traitement médical* ; elles constituent l'indication majeure de l'opération de COTTE. Il faut faire alors une résection du présacré sur toute sa largeur et sur une hauteur suffisante. Par cette intervention, on sectionne les nerfs de la sensibilité douloureuse et les nerfs vaso-moteurs de l'utérus.

Nous n'avons eu recours, dans ce cas, qu'une fois au traitement chirurgical (Obs. III) et avons obtenu un succès.

Il faut toujours retarder le plus possible ce traitement car :

— il constitue la dernière ressource ;

— certaines femmes, même privées de leur utérus, continuent à souffrir. — Le seul recours est alors la psychothérapie qui a, dans ces conditions, de fortes chances d'échouer (nous avons toutefois observé une guérison : (Obs. XXX).

Quand l'intervention est jugée nécessaire, il faut toujours la présenter comme devant donner un résultat absolument certain, les chances de succès étant en partie fonction de la confiance accordée par la malade.

★ ★

En appliquant les règles que nous préconisons, nous avons obtenu des résultats encourageants dans l'ensemble des cas (46) où la fidélité de nos malades nous a permis de juger de l'efficacité du traitement :

- 12 guérisons confirmées (26 %) ;
- 11 améliorations confirmées (24 %) ;
- 13 améliorations suivies seulement pendant un ou deux cycles ;
- 6 améliorations transitoires (13 %) ;
- 4 échecs.

Dans trois cas nous avons recours à la chirurgie et, deux fois, l'acte opératoire consista en une hystérectomie subtotale. L'intervention est envisagée pour une malade chez qui, après amélioration transitoire, nous avons dû conclure à un échec (Obs. XXXII).

Il y aurait avantage à revoir ces femmes longtemps encore après qu'elles ont eu, pour la première fois, des règles indolores : « Le pli de la douleur est pris » (CH. FIESSINGER). Aussi, chez de tels sujets, l'action psychothérapique devrait-elle être prolongée afin que les images douloureuses s'effacent complètement des centres nerveux.

Nous jugeons utile de signaler la relative fréquence des grossesses consécutives au traitement de la dysménorrhée (nous en avons cinq observations certaines). En effet, il s'agit de femmes jeunes ; de plus, notre première règle de conduite est de supprimer toutes les anomalies, si légères soient-elles ; c'est précisément celle du traitement de la stérilité : guérir toute infection, même si ce n'est qu'une exocervicite discrète, réduire une rétroversion, dilater un col, sont dans les deux cas, les premiers gestes du médecin.

CONCLUSIONS

A. — La dysménorrhée dite « essentielle » n'est pas toujours un syndrome génital pur ; elle revêt souvent le caractère d'une maladie générale :

1°) Très variable d'un sujet à l'autre, mais constante dans ses manifestations chez un sujet donné, elle ne s'observe, le plus souvent, qu'au cours de cycles menstruels normaux.

2°) Elle s'accompagne de troubles divers : sensitifs, digestifs, mammaires, anaphylactiques, qui prennent parfois une importance si considérable qu'ils dominent le tableau.

3°) Elle frappe des femmes bien portantes ou peu touchées : on voit rarement de graves lésions.

4°) Elle se développe sur un terrain particulier que caractérisent surtout des troubles sensitifs et psychiques, à la faveur d'une épine irritative.

B. — La dysménorrhée est un syndrome fonctionnel : on ne doit donc pas la considérer comme un trouble ordinaire, toujours susceptible d'obéir à une thérapeutique apparemment correcte. D'où la nécessité de :

1°) traiter par tâtonnements et de prescrire un traitement symptomatique riche qui a quelques chances de suffire.

2°) appuyer par une action psychothérapique : l'influence du médecin traitant sur la malade a une grande importance. Il faut, avant tout, savoir inspirer confiance : c'est la première condition pour qu'elle revienne et il est nécessaire de la revoir souvent. La richesse du traitement symptomatique, donnant l'impression que l'on met tout en œuvre pour obtenir une guérison, tend vers ce but.

3°) associer s'il existe un trouble psychique net, la

psychothérapie au traitement gynécologique et, dans les cas graves ou rebelles, ne pas hésiter à recourir à un psychiâtre, car un traitement mal conduit peut aggraver les troubles mentaux.

2°) essayer les divers traitements :

— en commençant par les logiques, mais en se souvenant que le traitement étiologique est souvent décevant, la suppression de la cause supposée n'entraînant pas forcément une disparition parallèle des effets ;

— en continuant par ceux qui paraissent illogiques, sachant que de tels traitements offrent des chances de guérir la malade si elle y croit.

5°) n'avoir recours qu'en dernier lieu, et après échec de la psychothérapie, à l'intervention chirurgicale qui, si on la pratique, est présentée comme devant donner un succès indubitable.

Le Président de thèse

P. MOCQUOT

Vu : Le Doyen
Pour le Doyen
l'Assesseur,

J. VERNE

Vu
et permis d'imprimer
le Recteur
de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

OBSERVATIONS

CBS. I. — Mlle B..., 18 ans.

Puberté à 13 ans. — Dysménorrhée depuis un an.

La malade commence à souffrir soit le premier jour, soit trois jours avant le début de ses règles. Elle souffre surtout dans la région lombaire et au niveau du périnée — douleurs très vives entraînant des cris —, un peu dans la région pelvienne.

Il existe des troubles réflexes associés :

— vomissements, rares ;

— céphalées très vives et fréquentes ;

— syncopes, crises nerveuses : position de main d'accoucheur, impression de paralysie.

Les troubles durent de deux à six heures, quelquefois plus. La malade est obligée de s'arrêter un jour ou deux par mois.

A déjà été traitée : la progestérone est sans effet ; les analgésiques per os et les suppositoires calment un peu ; les lavements chauds ont une action douteuse.

Les traitements décongestifs n'ont pas réussi.

Règles tous les 36 jours, durant 4 à 5 jours.

4-III-48. — D.R. (1) 18 février : 16^e jour du cycle.

Utérus très allongé, en position intermédiaire ; douleur à la mobilisation.

Ovaire droit un peu douloureux.

11-III-48. — 23^e jour du cycle.

Température au-dessous de 37°.

Col d'aspect normal, orifice regardant à droite.

Isthme spasmé mais qu'on force facilement.

25-III-48. — 37^e jour.

Ne souffre pas encore.

15-IV-48. — A très peu souffert lors des dernières règles : une demi-heure seulement. A pleuré les jours qui ont précédé, mais pas de crise violente.

Janvier 1949. — Guérison.

OBS. II. — Mme C..., 38 ans.

Dysménorrhée très intense depuis la puberté.

(1) D.R. = Dernières règles. — Cette abréviation est utilisée dans toutes nos observations.

Douleur très intense, obligeant la malade à s'aliter. — Elle commence dès le début de l'écoulement et dure une demi-journée, localisée dans les deux fosses iliaques, avec irradiations alternatives dans la cuisse droite et la cuisse gauche.

Vomissements abondants et répétés la veille et le premier jour des règles.

Ant. — Règles tous les 45 jours, durant 6 à 7 jours, de la puberté (13 ans) à 33 ans (1941).

A ce moment, aménorrhée de six mois après greffe d'Albee, puis reprise du rythme normal.

A déjà été soignée en 1943. Une biopsie de l'endomètre avait alors montré un état folliculino-lutéinique avec transformation déciduale du chorion.

Après traitement diathermique, les règles sont devenues un peu moins douloureuses mais les vomissements ont persisté.

En janvier 1946, un dérivé de l'acide diphenylacétique prescrit la veille et le premier jour des règles a donné un excellent résultat : les vomissements ont disparu.

20-II-46. — D.R. 11 février : 10^e jour du cycle.

Glaire cervicale claire, abondante.

Utérus antéversé, mobilisable, gros, irrégulier avec une bosselure au niveau du fond et à droite.

6-III-46. — 23^e jour.

Biopsie d'endomètre : état folliculino-lutéinique.

11-XII-47. — La malade ne vomit plus mais a des nausées.

Point douloureux dans la fosse iliaque droite le premier jour des règles, avec irradiation de la douleur dans la cuisse et dans la région lombaire.

D.R. 19 novembre : 23^e jour.

Col sain, glaire claire, gélatineuse.

Noyaux fibromateux sur la face antérieure de l'utérus.

— Acétate de testostérone : 10 mg aux 18^e, 21^e, et 24^e jours du cycle.

29-I-48. — Le 25 décembre, règles douloureuses, accompagnées de vomissements.

D.R. 22 janvier. — Douleurs dans les régions pelvienne et lombaire.

— Antispasmodiques avant les prochaines règles.

4-III-48. — D.R. 28 février. — A vomit trois fois malgré le traitement.

Douleurs surtout lombaires : la malade est restée couchée toute la première journée, fut très fatiguée les deux jours suivants.

Examen :

vaginite à trichomonas.

Insufflation rétrograde : fuites à niveau élevé (56), constant. —

Mettre une ceinture abdominale lors des prochaines règles.

8-IV-48. — D.R. 27 mars.

A souffert dans la cuisse droite mais n'a pas vomi.

21-X-48. — Réponse à notre convocation : Guérison.

OBS. III. — Mlle C..., 19 ans.

Premières règles à 14 ans 1/2, non douloureuses; Dysménorrhée depuis 2 ans 1/2.

Souffre quelques jours (de 4 à 8) avant les règles. Douleurs très vives le premier jour, obligeant la malade à se coucher, diminuant d'intensité les jours suivants.

Constipation opiniâtre pendant ce temps (Pas de troubles intestinaux en dehors des règles).

Quelquefois, céphalées.

Aucune action des suppositoires calmants.

Malade très nerveuse.

Règles régulières, tous les 25 jours, durant 6 jours (depuis 1945).

Pertes blanches très abondantes.

En juin 1945, une coelioscopie faite par M. PALMER montre des ovaires blancs et lisses : sur cette notion, iodobismuthate de quinine (20 injections).

Six injections de progestérone.

22-XII-47. — 8^e jour du cycle.

Utérus en rétroversion, petit, douloureux à la mobilisation.

Ovaire droit un peu augmenté de volume.

Ovaire gauche non perçu.

— Courbe de température, lavements chauds, phénylamidoxanthine.

7-I-48. — Les douleurs ont commencé le 4 janvier (21^e jour), en même temps que le décalage thermique.

T.R. : l'utérus est moins douloureux à la mobilisation.

12-I-48. — A pris trois cachets de phénylamidoxanthine dans la journée : les règles ont été exactement aussi douloureuses que d'habitude.

— Prendre du Diéthylstilbœstrol du 5^e au 15^e jour.

Dilatation du col à faire.

15-I-48. — Examen au speculum : col petit, isthme spasmé.

— Dilatation du col avec 6 bougies en gomme.

15-II-48. — D.R. 10 février, non douloureuses pour la première fois.

Utérus toujours douloureux au toucher, ainsi que le cul-de-sac droit.

Ovaire droit perçu.

— Refaire du diéthylstilbœstrol pendant deux mois. — Revenir après deux règles, sauf incident.

19-V-48. — Règles de mars et avril aussi douloureuses qu'avant, mais

les douleurs prémenstruelles ont disparu. — Aucune action des suppositoires et de la pénylamidoxanthine.

Examen :

Utérus en rétroversion, toujours douloureux à la mobilisation.

Ovaire droit douloureux.

— Progestérone : 10 mg par jour, du 21^e au 29^e jour.

8-VII-48. — Examen fait par M. PALMER : douleur à la pression des ligaments utéro-sacrés.

— Résection du présacré.

18-VII-48. — Opérée le 13 juillet. — Les règles apparues hier ne sont pas douloureuses.

Janvier 1949. — Les règles n'ont jamais été douloureuses depuis l'intervention.

OBS. IV. — Mlle L..., 22 ans.

Dysménorrhée depuis un an (mai 1947).

Douleurs sourdes mais continues dans la région lombaire, commençant 3 ou 4 jours avant les règles et se terminant à leur apparition.

Aucun phénomène réflexe associé, mais soit impérieuse.

La malade se sent très bien dans la semaine qui suit les règles, puis se sent fatiguée.

Règles. — Puberté à 15 ans.

Règles irrégulières de 15 à 18 ans : oligo et hypoménorrhée.

Règles normales le 18 novembre 1947.

Pas de règles en décembre : acné.

Règles le 18 janvier.

A déjà 30 mg de benzoate d'œstradiol et 60 mg de progestérone en décembre 1947.

Extrait thyroïdien en 1945. — Hormone gonadotrope en 1946.

20-II-48. — 35^e jour du cycle.

Exocervicite.

Glaire claire, gélatineuse.

Ovaires normaux, perçus.

— Diathermie, courbe de température.

— Une biopsie d'endomètre faite le 13 février a donné une muqueuse atrophique. (28^e jour / 58).

19-III-48. — Température au-dessus de 37° pendant quelques jours, chute fin février, puis remontée de 3 ou 4 jours.

D.R. 15 mars, peu abondantes (quelques gouttes).

Ce jour : col sécrétant un peu, glaire claire et gélatineuse.

— Prendre du 7^e au 14^e jour, 2 mg par jour de diéthylstilbœstrol.

— Les 16^e, 18^e, 20^e, 22^e et 24^e jours, faire une injection de progestérone 10 mg et prendre 2 mg de diéthylstilbœstrol.

5-IV-48. — Col sécrétant normalement.

— Diéthylstilbœstrol : 2 mg/ jour, du 10^e au 22^e jour.

Novembre 1948. — Malade très améliorée.

OBS. V. — Mme B..., 42 ans.

Depuis 6 ans, douleurs pendant les 10 jours qui précèdent les règles.

Douleurs de part en part, siégeant à droite, irradiant dans les lombes, à type de torsion, de pincement, de picotement, durant de quelques minutes à plusieurs heures.

Puberté à 13 ans.

Règles : 3 jours/28.

Diminution du flux menstruel depuis 1940.

Aménorrhée de 2 mois en 1946.

Ant. — En 1943, appendicectomie et vérification des ovaires (qui sont normaux).

Les douleurs sont plus fortes depuis cette intervention ; toutes les hormones ont été essayées : échec.

La diathermie, les ondes courtes n'ont donné aucun résultat.

23-I-47. — 9^e jour du cycle.

Kyste de Naboth.

Glaire gélatineuse.

Utérus assez gros, en position intermédiaire, un peu irrégulier.

Annexes normales.

6-II-47. — 23^e jour.

Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique, glycogène en voie d'excrétion.

13-II-47. — A moins souffert que d'habitude.

Appareil urinaire normal ; les deux reins sont très nettement palpables.

— Cautérisation du kyste de Naboth.

Diéthylstilbœstrol : 20 mg.

17-IV-47. — D.R. 2 avril.

A pris 20 mg de diéthylstilbœstrol du 7^e au 17^e jour, en février : pas de règles en mars, pas de douleurs.

Les douleurs recommencent de façon très précise dès le premier jour du décalage thermique. Plateau au-dessus de 37° depuis la réapparition des douleurs.

24-IV-47. — La température est de nouveau à 37° et la malade ne souffre plus.

Glaire très peu abondante.

A l'examen des seins, pas de colostrum.

29-V-47. — D.R. 13 mai, 17^e jour.

A commencé à souffrir au 10^e jour du cycle ; A souffert irrégulièrement, mais à peu près tous les jours.

42-VI-47. — D.R. 3 juin (cycle de 21 jours seulement).

N'a souffert que pendant 5 jours ; le sulfate d'atropine à la dose de 1 mg par jour pendant les quatre derniers jours du cycle a supprimé les douleurs.

De juin à septembre, aménorrhée : pas de douleurs. En octobre les douleurs recommencent 5 jours avant les règles ; dès qu'elle a des règles, la malade souffre en période lutéinique.

8-I-48. — D.R. 29 décembre, 21^e jour.

Douleurs depuis la veille.

— Sulfate d'atropine : 1 mg par jour jusqu'aux règles ;

Diéthylstilbœstrol : 20 mg, du 3^e au 13^e jour du cycle suivant.

29-I-48. — Crise douloureuse dans la région lombaire droite le 9 janvier ; douleurs lombaires ensuite.

Règles non douloureuses.

19-II-48. — Retard de règles et vives douleurs depuis 6 jours.

— Infiltration du paramètre.

11-III-48. — D.R. 26 février. — N'a eu qu'une infiltration du paramètre et les douleurs prémenstruelles s'ébauchent puis disparaissent.

— Revenir dès les premières douleurs.

1-IV-48. — D.R. 26 février.

Aucune modification de la courbe thermique.

— Infiltration de novocaïne.

22-IV-48. — Souffre de nouveau depuis son ovulation.

— Nouvelle infiltration.

— Dilatation du col sous anesthésie au milieu du prochain cycle.

20-V-48. — D.R. 27 avril.

Quelques douleurs aussitôt après les règles, mais peu importantes.

— Actuellement, ne souffre plus.

En résumé, malade très améliorée par les infiltrations du paramètre.

OBS. VI. — Mme B.... 28 ans.

Souffrait autrefois le premier jour des règles. Depuis son mariage (un an), elle souffre 8 jours avant leur apparition et pendant toute leur durée.

15 séances de diathermie ont calmé les douleurs prémenstruelles mais la dysménorrhée est alors devenu plus intense.

Crise douloureuse intermenstruelle intermittente.

Règles : Cycles réguliers de 28 jours ; règles durant 7 à 8 jours.

20-II-47. — D.R. 1^{er} février : 20^e jour.

Col sain, orifice petit.

Utérus rétroversé et volumineux, paraissant moins gros au toucher rectal qu'au toucher vaginal.

— Paramétrite à traiter par :

Sulfadiazine : 8 gr. par jour pendant 5 jours ;

Lavements chauds ;

Repos.

13-III-47. — D.R. 5 mars, moins douloureuses (quelques coliques le deuxième jour).

Utérus moins gros mais toujours fixé en rétroversion.

— Lavements chauds tous les soirs.

27-III-47. — Le 21 et le 22 mars, douleurs très vives dans tout le bas-ventre, vraisemblablement au moment de l'ovulation.

Biopsie d'endomètre faite au 23^e jour : état folliculino-laténique au début.

17-IV-47. — D.R. douloureuses les trois premiers jours.

Utérus toujours gros, mais moins fixé ; rétroversion moins marquée.

— Diéthylstilboestrol : 20 mg.

26-III-48. — Dysménorrhée, mais surtout douleurs huit jours avant les règles, dans tout le petit bassin.

Tension et gonflement irrégulier des seins.

Céphalées, nausées, météorisme abdominal, diarrhée avant les règles.

Aggravation des troubles digestifs après appendicectomie en juin 1947. — Depuis cette même date, diminution de l'abondance des règles.

D.R. 10 mars, 17^e jour du cycle.

Examen :

Col sain, glaire cervicale gélatineuse.

Utérus de volume normal, en rétroversion facilement réductible.

Ovaires non perçus.

Obésité importante.

— Régime, extrait thyroïdien.

Suppositoires belladonés.

21-IV-48. — D.R. 7 avril, aussi douloureuses que d'habitude. A souffert également avant les règles.

Glaire cervicale peu abondante et filante.

— Dilatation du col faite.

26-V-48. — D.R. 5 mai, aussi douloureuses pendant les deux premiers jours, mais la malade a moins souffert dans la période prémenstruelle.

Col très en avant.

Utérus en rétroversion ; derrière, masse volumineuse, grosse comme un melon, bien limitée, régulière et un peu douloureuse : kyste de l'ovaire à recontrôler après les règles.

OBS. VII. — Mlle D..., 20 ans.

Dysménorrhée depuis 2 ans.

Souffre le premier jour pendant 2 heures, actuellement de 8 heures à midi.

Est obligée de s'aliter.

Une fois sur deux : syncope, vomissement.

Douleur très courte, très précise :

1°) douleur,

2°) syncope,

3°) pendant vingt minutes, quelques coliques.

Pas de céphalées.

Constipation chronique mais diarrhée au moment des règles.

Malade très nerveuse.

Premières règles à 13 ans, non douloureuses.

Règles : 4-5 jours/30, peu abondantes.

Ant. — Appendicectomie.

Mère et grand'mère dysménorrhéiques.

22-V-47. — D.R. 5 mai : 18^e jour.

Col sain, conique. Glaire gélatineuse.

Utérus allongé, dévié vers la gauche.

— A revoir dans 8 jours : diathermie, courbe de température.

30-V-47. — Courbe de température au-dessus de 37°.

— Diéthylstilbœstrol : 20 mg.

15-III-48. — Avec le diéthylstilbœstrol, les douleurs sont moins vives mais de plus longue durée.

Diathermie (15 séances) en juillet : amélioration passagère.

D.R. dans la nuit du 13 au 14 mars ; douleurs de nouveau très vives et de nouveau deux syncopes. — En arrive à souhaiter la syncope.

Examen :

Col sain, de taille normale, mais :

Utérus petit, dévié à gauche, en rétroversion légère.

Rien aux annexes.

30-III-48. — N'a eu ni règles ni traitement depuis le dernier examen.

Désire se marier.

— Dilatation du col avec 4 bougies.

Progestérone : 20 mg. par mois, une injection tous les deux jours à partir du 20^e jour, pendant trois mois.

OBS. VIII. — Mme C..., 43 ans.

Dysménorrhée apparue après le mariage (24 ans), aggravée depuis 2 ans.

Douleur pelvienne à droite, avec irradiations dans la région lombaire.

Vomissements.

La malade est obligée de se coucher pendant 5 jours.

Puberté à 13 ans.

Règles tous les 28 jours, durant 5 jours.

Ant. — Polypes du col en 1937 et 1942.

Obésité depuis de nombreuses années.

24-IV-47. — D.R. 12 avril, 13^e jour.

Col sain, entr'ouvert. Glaire très abondante.

Utérus gros, dur, irrégulier, avec noyaux myomateux au niveau de la corne droite.

— Hystérogaphie : cavité étirée, surtout au niveau des cornes ; muqueuse irrégulière.

1) curetage après dilatation ;

2) hystérectomie subtotalaire s'il y a lieu.

2-V-47. — Curetage après dilatation aux bougies jusqu'au n° 36.

6-V-47. — Douleurs abdominales.

Douleur dans le cul-de-sac droit.

Utérus gros, en anteversion.

18-VI-47. — Souffre moins pendant les règles, mais douleurs lombaires persistant même en dehors des règles.

Examen :

Col sain. Glaire cervicale claire.

Utérus toujours gros et irrégulier, légèrement douloureux à la mobilisation.

28-VI-47. — M. Mocquot : Utérus en position normale. Il semble que la corne droite soit un peu grosse, mais l'examen est rendu difficile par l'épaisseur de la paroi.

L'indication opératoire se pose après préparation de la malade (état général) : endométriose probable.

9-IX-47. — Hystérectomie subtotalaire : gros utérus dur, salpingite bilatérale avec trompes et ovaires prolapsés dans le Douglas.

Trompe gauche kystique, adhérences assez serrées.

Laboratoire : fibro-myome banal.

OBS. IX. — Mme B..., 25 ans.

Dysménorrhée primaire.

Douleurs les deux premiers jours des règles, accompagnées de nausées.

Vers le milieu du cycle, pertes blanches avec, parfois, un filet de sang et douleurs lombaires.

Règles tous les 30 jours, durant 5 à 6 jours.

28-X-46. — D.R. 16 octobre, 13^e jour.

Col petit. Glaire abondante et claire.

Utérus dur, petit, dévié à gauche.

7-XI-46. — Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique en voie de différenciation (23^e jour/29).

21-XI-46. — D.R. 14 novembre, 8^e jour.

Le passage de l'isthme est impossible.

28-XI-46. — Insufflation faite au 15^e jour : passage tubaire à 60, fuites entre 30 et 40.

12-XII-46. — 29^e jour.

La malade a noté que la dysménorrhée est plus forte une fois sur deux.

Insufflation : le spasme de l'isthme est très difficile à forcer, la sonde tient toute seule. Passage tubaire d'emblée, même à 10.

19-XII-46. — D.R. 13 décembre. A souffert autant que d'habitude, surtout à gauche ; a vomi.

— Diéthylstilbœstrol : 20 mg ce mois-ci.

16-I-47. — Courbe thermique complètement transformée : pas de décalage, pas de règles ; retard de 5 jours.

23-I-47. — Règles complètement indolores, pour la première fois depuis 10 ans.

— Même traitement, arrêt au 20^e jour.

13-II-47. — Biopsie de l'endomètre après diéthylstilbœstrol : état folliculino-lutéinique, charge en glycogène très marquée.

20-II-47. — D.R. douloureuses, ce qui n'est pas étonnant puisque l'action des œstrogènes n'a pas modifié le cycle normal ; la dose de 10 mg par mois s'avère donc insuffisante.

— Reprendre 2 mg par jour jusqu'au 22^e jour.

6-III-47. — Pas de décalage mais intolérance au diéthylstilbœstrol. Glaire filante.

Décembre 1948. — Réponse à la convocation : Aucune amélioration.

OBS. X. — Mme D..., 47 ans.

Dysménorrhée primaire.

Dysménorrhée irrégulière, avec céphalées, vomissements, obligeant très souvent la malade à se coucher.

Troubles fonctionnels digestifs et circulatoires, paresthésies, douleurs à type angineux.

Actuellement encore, état de dépression intellectuelle secondaire : perte de mémoire, distraction, manque de suite dans les idées.

Règles tous les 30 jours, durant de 5 à 10 jours, abondantes. Douleurs avant, pendant ou après.

Ant. — Puberté à 13 ans.

Accouchement normal en 1923.

Métrite et salpingite en 1924.

Aménorrhée de plusieurs mois et néphrite aiguë en 1927.

— A eu des électrochocs.

18-VI-47. — D.R. 12 juin, 7^e jour.

Col sain, glaire cervicale claire.

Utérus un peu dur, difficilement mobilisable.

Annexe droite douloureuse.

— Diathermie.

26-VI-47. — 15^e jour.

Température au-dessus de 37° dans les premiers jours du cycle.

Glaire cervicale peu abondante mais claire.

Polynucléaires dans les sécrétions vaginales (stovarsol).

Petit myome de la face antérieure de l'utérus.

3-VII-47. — 22^e jour.

Pas de décalage thermique net; toutefois, température un peu plus élevée en fin de cycle qu'au début.

— Biopsie de l'endomètre faite: état folliculino-lutéinique atypique avec invaginations intra-tubulaires, nombreuses épines conjonctives bien formées, glycogène excrété.

17-VII-47. — D.R. 9 juillet, moins douloureuses qu'à l'habitude, mais céphalée intense le premier jour.

23-X-47.

— Août: amélioration: règles moins douloureuses qu'à l'habitude (diéthylstilbœstrol).

— Septembre: aucun traitement. Règles le 26, très abondantes, assez douloureuses; retard de 20 jours.

— Octobre: règles peu abondantes, moins de céphalées mais douloureux menstruelles.

Examen:

Utérus très augmenté de volume, bombant en arrière.

30-X-47. — D.R. 23 octobre, très abondantes, avec caillots, peu douloureuses (surtout fortes migraines).

Amélioration, mais les troubles réflexes ne sont pas influencés.

Examen:

Utérus toujours gros et dur.

6-XI-47. — 15^e jour.

Insufflation rétrograde: niveau des fuites entre 70 et 40.

20-XI-47. — Règles aujourd'hui même.

Insufflation rétrograde = niveau des fuites à 70, mais on est obligé de retirer la sonde pour avoir une fuite.

8-IV-48. — La dysménorrhée est guérie, les céphalées persistent, mais seulement en dehors des règles.

L'état psychique n'est que peu amélioré.

OBS. XI. — Mme B..., 32 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 16 ans.

Douleurs la veille et le premier jour des règles, obligeant la malade à se coucher.

Nausées.

Pas de vertiges.

En 1938, les douleurs disparaissent complètement pendant quelques mois à la suite d'une fausse-couche; quand elles reprennent, elles ne sont plus aussi intenses qu'avant.

Les nausées ont toujours persisté.

De temps en temps, douleurs pelviennes droites.

Puberté à 14 ans.

Règles tous les 21 jours, durant 4 jours.

Gonflement prémenstruel des seins.

Ant. — Broncho-pneumonie et troubles intestinaux à 14 ans.

Chorée.

Fausse-couches en 1938 et 1940, sans complications.

11-XII-46. — D.R. 30 novembre, 12^e jour.

Col normal, sécrétion peu abondante.

Utérus antéversé, non douloureux à la mobilisation.

Colon spasmé dans son ensemble. — Signe de Murphy.

— Lavements, suppositoires, courbe thermique.

6-I-47. — D.R. 25 décembre. Les seins sont restés douloureux jusqu'au 31. — Nausées, douleurs lombaires sourdes.

Sécrétion folliculinique discrète mais filante.

Ovaire droit très légèrement douloureux.

Utérus en rétroversion facilement réductible.

10-III-47. — Règles normales le 10 janvier. — Règles le 28 février (cycle de 7 semaines): douleurs très vives et caillots le premier jour; gonflement des seins et nausées.

Examen: 11^e jour.

Utérus un peu petit.

Ovaire droit palpable.

— Electrocoagulation d'un kyste de Naboth.

— Stovarsol, acide phosphorique, antispasmodiques.

24-III-47. — Température au-dessus de 37°.

Biopsie d'endomètre faite (25^e jour): état folliculino-lutéinique, glycogène encore très abondant, légère transformation déciduiforme.

6-VI-47. — A eu douze séances de diathermie.

— Progestérone: 10 mg × 3 (16^e, 18^e, 20^e jours).

9-XII-47. — Les règles sont moins douloureuses.

D.R. 6 décembre, avec caillots.

Utérus dévié à gauche, en position intermédiaire, bien mobile, de volume normal.

Ovaire droit gros et un peu douloureux.

— Acétate de testostérone 10 mg × 3, pendant deux mois.

OBS. XII. — Mlle C..., 21 ans.

Dysménorrhée primaire.

Douleurs la veille et surtout le premier jour des règles, obligeant la malade à se coucher.

En dehors des règles, douleurs abdominales à la fatigue.

Ant. — Le 12 octobre 1946, appendicectomie et ablation de l'ovaire gauche.

Le 11 novembre, règles très douloureuses ;

Le 4 décembre, règles un peu douloureuses.

5-XII-46. — Utérus de volume normal, en position intermédiaire.

Annexe droite perçue et douloureuse.

19-XII-46. — 16^e jour.

Glaire cervicale abondante et trouble : polynucléaires non agglomérés.

Douleur à la mobilisation utérine.

Cul-de-sac droit empâté et douloureux.

— Diathermie.

2-I-47. — D.R. 28 décembre, 6^e jour.

Règles moins douloureuses. — A fait seulement quatre séances de diathermie.

Douleur à la mobilisation utérine et dans le deux culs-de-sac.

Température au-dessus de 37°.

— Continuer la diathermie ; prendre la température le soir également ; réactions de Vernes, vitesse de sédimentation.

16-I-47. — Granulations, possibilité d'endométriase.

Un ovaire kystique.

Vitesse de sédimentation : 8 — 20.

30-I-47. — D.R. 28 janvier, aussi douloureuses que d'habitude.

A terminé son traitement diathermique.

Troubles intestinaux : dolichocolon avec colite.

27-II-47. — Glaire cervicale claire, col sain.

Ovaire droit un peu augmenté de volume.

A suivi un traitement pour la colite et se sent mieux.

20-III-47. — D.R. 13 mars : a souffert seulement la veille.

— Diéthylstilbœstrol : 20 mg, du 8^e au 18^e jour.

18-XII-47. — D.R. 11 décembre.

La malade souffre beaucoup moins ; de temps à autre, elle est obligée de se coucher le 3^e ou 4^e jour, mais elle ne prend plus aucun médicament.

OBS. XIII. — Mme L..., 31 ans.

Dysménorrhée et douleurs pelviennes droites depuis annexectomie droite pratiquée en 1944.

Douleurs 8 jours avant les règles, obligeant la malade à s'aliter.

Douleur au moment des règles : picotements très aigus dans le côté droit, irradiant dans la région lombaire, accompagnés de céphalées et nausées.

Ant. — Puberté à 14 ans.

Accouchement en 1936.

Salpingite en 1943.

En 1944 : appendicectomie et annexectomie droite (annexes gauches en bon état).

Règles tous les 25 jours, durant 4 jours.

49-XII-46. — D.R. 14 décembre, 6^e jour.

Col très antérieur, sain. Glaire claire.

Utérus très petit, très antéversé.

Ovaire gauche perçu, non douloureux, non augmenté de volume.

En arrière et à droite, empâtement qui paraît péri-cœcal.

4-III-48. — A eu 12 séances de diathermie.

Actuellement, plus de dysménorrhée.

10-VI-48. — Dysménorrhée aussi violente qu'autrefois, depuis 3 mois.

— Douleur pendant 48 heures, ne commençant qu'au début des règles, obligeant la malade à se coucher.

D.R. 2 juin, 9^e jour.

Col largement ouvert, glaire cervicale très abondante.

Utérus horizontal : corps à droite, col à gauche.

— Propionate de testostérone 10 mg $\times$ 3 aux 13^e, 16^e et 19^e jours (cycle de 21 jours), courbe thermique.

17-VI-48. — Douleurs abdominales le 11 juin, jusqu'au 12 ; ont repris le 16 et durent encore actuellement.

Aucun signe infectieux.

17-VI-48. — Infiltration de novocaïne dans le paramètre droit.

25-VI-48. — Bon effet de l'infiltration.

La malade souffre de nouveau depuis cette nuit : nouvelle infiltration.

1-VII-48. — Refaire quinze séances de diathermie.

20-VII-48. — D.R. 17 juillet, très douloureuses ; nausées pendant 48 heures.

— Dilatation du col faite.

14-X-48. — Aucun effet de la dilatation.

D.R. 25 septembre, 20^e jour.

— Infiltration du paramètre droit faite ce jour : malaises.

4-XI-48. — D.R. 23 octobre, moins douloureuses.

Examen : M. Palmier.

Col un peu sec, dans l'axe.

Fond utérin légèrement dévié vers la droite.

Paramètres très souples, pas de rétraction des ligaments utéro-sacrés.

— Essai de l'association : bromure de sodium, pyramidon, décongestifs, avant de prendre une décision opératoire.

OBS. XIV. — Mlle L..., 18 ans.

Dysménorrhée primaire.

Dysménorrhée du deuxième jour, ne durant qu'une journée. Pas de nausées, pas de céphalées.

Douleurs également entre les règles, irrégulières dans le temps et leur localisation.

Règles. — A 14 ans, une seule hémorragie.

Puberté à 16 ans.

Règles tous les 28 jours, durant 4 jours. (Récemment, cycle de 21 jours, après progestérone et propionate de testostérone).

Ant. — Appendicectomie en 1943, suivie d'une aggravation de syndrome dysménorrhéique.

Traitements antérieurs :

— sulfamides et vaccins en 1946.

Progestérone 5 mg $\times$ 3, juste avant les règles ;

Propionate de testostérone 10 mg $\times$ 2 aussitôt après les règles.

Novocaïne le 25 novembre : règles moins douloureuses.

42-XII-46. — (Examen sous anesthésie : M. Mocquot) 13^e jour.

Vulve peu développée, petites lèvres atrophiques à la partie postérieure.

Pertes vaginales, exocervicite.

Glaire cervicale abondante, filante.

Corps utérin en antéversion, de volume normal.

Annexes normales.

49-XII-46. — 20^e jour.

Au 18^e jour, douleur à gauche apparue à la marche.

26-XII-46. — Infiltration du présacré.

2-I-47. — D.R. 29 décembre, non douloureuses.

A revoir après les prochaines règles.

OBS. XV. — Mme S..., 22 ans.

Depuis 5 ans, violentes douleurs au moment des règles, surtout quelques heures avant leur apparition, empêchant le sommeil.

Douleurs à temps fixe, obligeant à garder le lit.

Aucune modification depuis le mariage (5 mois).

Règles. — Puberté à 14 ans et demi.

Aménorrhée de 9 et 7 mois, à 15-16 ans.

Habituellement, règles régulières, tous les 28 jours, durant un jour.

— Depuis 2 ans, diminution de leur abondance s'accroissant de

plus en plus : actuellement, elles ne durent plus qu'une demi-journée. Parfois, elles réapparaissent pendant quelques heures, quelques jours après.

Ant. — Broncho-pneumonie à 13 mois;
Congestion pulmonaire à 11 ans;
Pleurésie à 16 ans, pendant un séjour en préventorium.

24-IX-47. — D.R. 11 septembre, 14^e jour.

Exocervicite. Glairé claire.

Utérus très petit, attiré vers la droite.

Col attiré vers la droite.

Cul-de-sac droit bridé, gauche souple...

Ovaire droit gros et douloureux.

47-X-47. — D.R. 8 octobre.

— Electrocoagulation faite.

30-X-47. — 23^e jour.

Plus de signes d'infection.

Biopsie d'endomètre faite : état folliculinique atypique, peu de glycogène (Résultat en contradiction avec la courbe thermique).

13-XI-47. — D.R. 5 novembre : pas de douleur avant les règles, mais douleurs très vives qui ont duré 4 à 5 heures, le deuxième jour.

— Electrocoagulation refaite.

Benzoate d'œstradiol 2 mg.

4-XII-47. — Courbe thermique sans plateau prémenstruel.

Utérus infantile.

— Continuer le même traitement.

11-XII-47. — La température reste au-dessous de 37° ; pas de règles.

8-I-48. — Le benzoate d'œstradiol, fait trop tard, a donné :

1°) un retard de règles de 20 jours (D.R. 23 décembre);

2°) aucune modification de la courbe thermique : le plateau prémenstruel est seulement retardé;

3°) des règles aussi douloureuses que d'habitude.

17^e jour :

L'utérus n'a pas grossi; l'ovaire droit, toujours gros, n'est pas douloureux.

La malade a remarqué que les règles les plus douloureuses étaient celles qui s'accompagnaient d'un gonflement des seins.

— Essai de propionate de testostérone : 10 mg × 4 .

29-I-48. — Seins très douloureux.

Utérus irrégulier qui paraît avoir grossi; corne droite déviée, gauche ramolie ; grossesse ?

19-II-48. — D.R. 23 décembre.

Température au-dessus de 37° depuis un mois.

Grossesse de 1 mois et demi.

OBS. XVI. — Mme J..., 27 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 18 ans.

Douleurs le premier jour des règles, durant 4 à 5 heures, obligeant la malade à s'aliter. — En même temps, écoulement difficile du sang et crise de diarrhée.

Vomissements.

Température à 38°.

Puberté à 13 ans.

Règles irrégulières (cycles de 30 à 35 jours) durant 2 jours.

Ant. — Fausse-couche en 1935.

Appendicectomie en 1942.

Paramérite en 1944.

19-XII-46. — D.R. 21 novembre, 29^e jour.

Petit col conique à orifice punctiforme.

Corps utérin très antéversé, fortement dévié à gauche; aucune douleur à la mobilisation.

Annexes non perçues.

Culs-de-sac hyperesthésiques mais libres.

— Infiltration de 10 cc de novocaïne dans le paramètre.

26-XII-46. — 36^e jour.

Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique typique.

2-I-47. — D.R. 27 décembre, aussi douloureuses que d'habitude, mais pas de nausées.

— Diéthylstilbœstrol : 1 mg du 8^e au 20^e jour.

30-I-47. — D.R. 22 janvier, peu abondantes et absolument indolores.

— Insufflation impossible : la malade crie dès qu'on met en place la pince de Pozzi.

— Le mois prochain, diéthylstilbœstrol du 9^e au 21^e jour.

OBS. XVII. — Mme C..., 27 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 17 ans.

Douleurs pendant les trois premiers jours, se calmant et réapparaissant parfois le 7^e jour, obligeant la malade à se coucher.

Nausées.

Premières règles à 13 ans, non douloureuses. — Quand la dysménorrhée apparaît, douleurs le premier jour, durant quelques heures seulement.

En 1940, ménorragies : pas de diagnostic posé.

En 1944, diagnostic de fibrome : extrait mammaire ; les règles redevennent normales (7 à 8 jours).

13-II-47. — D.R. 11 février (5 jours d'avance).

Endocervicite.

Utérus dévié vers la gauche, en rétroversion.

Paramérite gauche ancienne.

— Traitement : sulfamides et diathermie.

6-III-47. — N'a pris que 20 gr. de sulfamides et n'a eu que six séances de diathermie.

Biopsie contre-indiquée car glaire très louche.

27-III-47. — D.R. 12 mars, douloureuses pendant les cinq jours.

Les signes infectieux persistent malgré tous les traitements; doit entrer le 14 avril pour pénicilline (par voie générale, dans le col, dans le cul-de-sac gauche).

25-IV-47. — D.R. 7 avril.

Guérison de l'endocervicite mais mobilisation utérine encore difficile.

— Vaccin.

2-V-47. — Récidive de l'endocervicite après pénicilline: glaire cervicale de nouveau trouble.

Cul-de-sac gauche encore un peu douloureux.

Mobilité utérine très diminuée.

22-V-47. — D.R. 8 avril, aussi douloureuses que d'habitude.

Mobilité utérine encore diminuée mais toucher vaginal non douloureux.

Glaire cervicale claire mais gélatineuse.

— Acétate de testostérone : 10 mg $\times$ 5, du 10^e au 20^e jour.

Diatthermie, 10 séances.

18-XII-47. — La thérapeutique intense anti-infectieuse n'a pas donné de résultat. Par contre, un cachet de phénylamidoxanthine fait disparaître les douleurs.

La paramétrite gauche persiste, mais sous forme d'une rétraction du paramètre et d'une rétroversion fixée.

OBS. XVIII. — Mme B., 24 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 17 ans, aggravée après un accouchement.

Douleurs la veille et le premier jour des règles, obligeant quelquefois la malade à se coucher.

Pas de nausées, mais céphalées.

Puberté à 15 ans.

Les règles sont devenues régulières seulement après l'accouchement.

Ant. — Entérite chronique, aggravée après l'accouchement.

1942 : scarlatine, albuminurie.

1944 : accouchement.

15-I-47. — D.R. 4 janvier, 12^e jour.

Exocervicite disparaissant en partie quand on referme les valves du speculum.

Utérus un peu gros, un peu douloureux à la mobilisation.

Ovaire droit douloureux.

— Courbe thermique, diathermie, examen des urines.

3-III-47. — A eu 15 séances de diathermie : les règles de février et mars n'ont pas été douloureuses.

— Electrocoagulation faite.

30-IV-47. — Douleurs dans les cuisses pendant 2 jours, lors des dernières règles.

Examen :

Colon droit très spasmé et douloureux, descendant dans le bassin.

Utérus antéversé, un peu douloureux à la mobilisation.

Col complètement nettoyé.

— Atropine 1/4 mg, 3 granules par jour.

5-V-48. — Pertes purulentes depuis trois semaines.

Souffre toujours de l'ovaire droit, gros comme une noix verte.

Vaginite à trichomonas.

9-VI-48. — D.R. 24 mai, non douloureuses. — Souffre de l'intestin et du côté droit depuis trois jours ; douleur à droite au moment des rapports.

Examen : 17^e jour.

Annexe droite toujours augmentée de volume et douloureuse.

Utérus dévié à gauche, antéversé et douloureux à la mobilisation.

— Lavements chauds et suppositoires.

OBS. XIX. — Mlle B..., 18 ans.

Dysménorrhée apparue après appendicectomie en août 1947.

Premières règles douloureuses en octobre 1947 : douleurs pendant les trois premiers jours. — Même chose les mois suivants.

Douleurs abdominales pendant tout le mois, surtout avant les règles, plus vives le soir. — Pas de fièvre.

Règles tous les 28 jours, durant 5 jours.

24-I-48. — D.R. 14 janvier, 11^e jour du cycle.

Utérus en position intermédiaire, mal limité, douloureux à la mobilisation.

Paramétrite : sulfamides 40 gr.

19-II-48. — D.R. 14 février, non douloureuses.

A pris ses sulfamides du 27 janvier au 2 février : pendant une semaine, température entre 38 et 39° ; douleurs abdominales.

Examen :

Utérus encore fixé, douloureux à la mobilisation.

Cul-de-sac douloureux.

— 15 séances de diathermie abdominale, courbe thermique.

11-III-48. — Souffre encore du côté gauche.

Douleur au toucher, mais facteur psychique très important.

— Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique typique, glycogène en voie d'excrétion.

25-III-48. — D.R. non douloureuses.

A revoir si nouveaux phénomènes douloureux.

OBS. XX. — Mlle C..., 22 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 15 ans.

Douleur commençant 4 à 5 jours avant l'apparition des règles, très vive la veille et surtout le premier jour, obligeant la malade à se coucher.

Vomissements.

Gonflement prémenstruel des seins.

Règles : régulières depuis la puberté (13 ans), tous les 28 jours, durant de 3 à 4 jours.

Très abondantes le premier jour.

24-III-47. — D.R. 2 mars, 23^e jour.

Éulcération cervicale. Glairer peu abondante et peu filante.

Utérus petit.

Rien aux annexes.

— Biopsie d'endomètre faite : état folliculino-lutéinique, glycogène en voie d'excrétion.

17-IV-47. — D.R. 25 mars, moins douloureuses que d'habitude.

A pris du diéthylstilbœstrol dès le début du cycle (le supporte mal).

24-IV-47. — D.R. 18 avril absolument indolores.

— Faire 6 injections de benzoate d'œstradiol 1 mg, du 25 avril au 1^{er} mai.

OBS. XXI. — Mlle P..., 19 ans.

Dysménorrhée primaire.

Les douleurs commencent 2 ou 3 jours avant les règles et continuent pendant toute la durée de celles-ci. — Elles sont accompagnées de bouffées de chaleur.

Malade obligée de s'aliter.

Règles. — Pendant un an, elles ont duré 4 à 5 jours. Ensuite, périodes d'aménorrhée de 3 à 4 mois et même de 7 mois. — Maintenant, elles ne durent plus que 2 jours et sont peu abondantes.

Ant. — Opérée en avril 1945, vraisemblablement pour ovarite scléro-kystique.

Traitements suivis : Progestérone (30 mg) en juillet, renouvelée en août et septembre. Pas de règles pendant le traitement.

7-XI-46. — D.R. 26 octobre, 13^e jour.

Col petit. Glairer peu abondante.

Utérus petit, rétroversé.

2-I-47. — D.R. 26 décembre, non douloureuses, ayant duré 4 jours.

A eu 60 mg de benzoate d'œstradiol en trois semaines.

Examen : 8^e jour.

L'utérus semble avoir un peu grossi.

Glaire folliculinique très abondante.

— Refaire 90 mg de benzoate d'œstradiol pendant 2 mois.

20-III-47. — Pas de règles douloureuses depuis le début du traitement.

— Aucun traitement depuis les dernières règles : la menstruation reste cependant anovulaire (d'après la courbe thermique) ; le col est sec.

Examen : le corps utérin, qui a un peu grossi, reste en position intermédiaire.

27-III-47. — D.R. 21 mars; anovulaires d'après la courbe thermique, mais cependant douloureuses.

Courbe de température à suivre pendant un mois.

4-III-48. — Les règles sont seulement douloureuses une fois sur deux et n'empêchent plus la malade de travailler.

— Guérison.

OBS. XXII. — Mlle R..., 23 ans.

Dysménorrhée apparue à l'âge de 18 ans.

Douleur commençant le deuxième jour des règles, durant 2 à 5 heures, accompagnée de vomissements et coliques.

Pesanteur pelvienne avant les règles.

(Ces phénomènes sont plus accentués une fois sur deux).

Puberté à 14 ans.

Règles tous les 30 jours, durant 5 jours.

Ant. — Ablation d'un kyste de l'ovaire, sans ovariectomie, en 1944.

Amélioration de la dysménorrhée après l'intervention.

27-II-47. — D.R. 2 février.

Exocervicite ; Glaire abondante et claire.

Col de volume normal, utérus petit.

Annexe droite augmentée de volume et un peu douloureuse.

— Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique, peu d'épines conjonctives, présence d'artérioles spiralées, glycogène en voie d'excrétion.

— Diathermie.

4-III-47. — M. Mocquot.

Exulcération superficielle du col.

Utérus fortement antéfléchi, corps peu gros.

Rétraction du paramètre gauche qui est épaissi et dur.

(Examen pratiqué la veille des règles ; à revoir après les règles).

13-III-47. — Règles douloureuses, mais douleur plus courte.

Ovaire droit encore gros et un peu douloureux.

— Electrocoagulation.

Continuer la diathermie.

16-IV-47. — D.R. 7 avril : douleurs aussi vives que d'habitude le premier jour.

Signes physiques inchangés.

— Du 17 au 26 avril, 2 mg de diéthylstilbœstrol, le soir.

8-V-47. — D.R. 30 avril (cycle de 23 jours seulement) ; pour la première fois, n'a pas souffert.

— Coagulation refaite.

Signes physiques inchangés.

— Même traitement.

OBS. XXXIII. — Mlle B..., 26 ans.

Dysménorrhée primaire, aggravée depuis un an.

Douleurs lombaires et pelviennes, surtout le premier jour, pendant 2 à 3 heures, quand les règles sont encore peu abondantes. Elles diminuent ensuite d'intensité mais continuent pendant 24 heures. Syncopes.

Pas de céphalées, pas de vomissements.

Puberté à 16 ans.

Règles tous les 28 jours, durant 2 jours.

Ant. — Pyélonéphrite à colibacilles : exclusion presque complète du bassin. — Actuellement, pas de pus, mais *Bacterium Coli* dans les urines.

18-III-48. — D.R. 10 mars, 9^e jour.

Vaginite à trichomonas.

Col petit, sain.

Utérus en rétroversion.

— Conclure d'abord l'histoire rénale.

Dilatation du col aux bougies ensuite.

Atropine, analgésiques, suppositoires en attendant.

20-V-48. — L'urographie rétrograde montre, en opposition avec l'urographie intra-veineuse, des voies urinaires normales. Actuellement, ni pus, ni coli.

Les règles d'avril n'ont pas été douloureuses, mais les dernières (4 mai) l'ont été autant que d'habitude.

Il semble, d'après la courbe thermique, que l'ovulation soit tardive.

Examen : 17^e jour.

Exocervicite.

Col de volume normal. — Dilatation à une bougie.

Utérus petit, rétroversé.

24-VI-48. — D.R. 3 juin, aussi douloureuses que d'habitude ; cependant, douleurs prémenstruelles moins vives et la malade n'a pas été obligée de s'aliter.

— A revoir après le retour de La Preste.

OBS. XXIV. — Mme G..., 23 ans.

Dysménorrhée primaire.

Douleurs à type de coliques, médianes, survenant surtout le deuxième jour, obligeant la malade à se coucher pendant 2 jours.

Pas de nausées.

Puberté à 12 ans.

Règles très régulières, tous les 35 jours, durant 5 jours.

Mère dysménorrhéique.

20-II-47. — D.R. 22 janvier, 30^e jour.

Col très petit, orifice normal.

Glaire encore filante.

Utérus très antéfléchi et un peu irrégulier.

— Biopsie d'endomètre faite : état folliculino-lutéinique avec transformation déciduiforme du chorion ; sclérose vasculaire importante ; glycogène en voie d'excrétion.

6-III-47. — D.R. 22 février, plus douloureuses que d'habitude.

Glaire filante au 13^e jour.

— Acétate de testostérone.

20-III-47. — N'a pas suivi son traitement et pourtant les règles n'ont pas été douloureuses. — Pas de plateau prémenstruel.

Utérus maintenant en position intermédiaire.

Hyperthermie : hyperthyroïdie ?

17-IV-47. — Courbe thermique complètement plate le mois précédent.

Utérus en position intermédiaire.

Annexes non perçues.

OBS. XXV. — Mme P..., 25 ans.

Dysménorrhée apparue après le mariage (octobre 1946) et stérilité.

Douleurs le premier jour des règles, durant 4 à 5 heures, calmées par l'aspirine, n'obligeant pas toujours la malade à s'aliter.

Céphalées. Pas de nausées.

Gonflement des seins 8 jours avant les règles.

Puberté à 12 ans.

Règles tous les 30 jours, durant 3 à 4 jours.

24-X-27. — D.R. 13 octobre, 12^e jour.

Exocervicite. Glaire cervicale très abondante et claire.

Utérus gros, en position intermédiaire, non douloureux à la mobilisation.

Annexes non perçues.

— Electrocoagulation.

6-XI-47. — 25^e jour.

— Biopsie de l'endomètre faite : état folliculino-lutéinique typique, artérioles spiralées bien différenciées.

13-XI-47. — D.R. 9 novembre, non douloureuses (dilatation du col).

— Insufflation faite : passage à niveau un peu élevé, douleur scapulaire. — Niveau des fuites entre 50 et 60.

— Faire 20 séances de diathermie.

15-I-48. — Pendant 2 mois (novembre et décembre) règles régulières, non douloureuses, mais les dernières (8 janvier) furent de nouveau très douloureuses. — Indication d'une dilatation du col sous anesthésie.

Utérus en rétroversion sans rétroflexion.

Annexe gauche perçue.

— Lavements chauds et suppositoires.

19-II-48. — D.R. 7 février, normales, plus abondantes que d'habitude, non douloureuses.

OBS. XXVI. — Mme P., 31 ans.

Dysménorrhée apparue à l'âge de 17 ans.

Pendant les deux années qui ont suivi un accouchement (1937), la dysménorrhée a été moins sévère :

— nausées et céphalées avaient disparu ;

— la malade n'était plus obligée de se coucher.

Les troubles ont repris avec la même intensité en 1939 et sont encore plus accusés depuis 6 mois. — Douleur du premier au troisième jour.

Règles : 28 jours/5 jours.

21-XI-46. — D.R. 10 novembre, 12^e jour.

Col sain. Sécrétion filante, abondante.

Myome du corps utérin.

— Insufflation rétrograde : pression de tonus de l'isthme à 60.

5-X-46. — D.R. 4 décembre, moins douloureuses.

— insufflation rétrograde (2^e jour) : tonus de l'isthme à 20- (débit 20).

26-XII-46. — 23^e jour.

— Insufflation rétrograde : fuites à 60 avec débit à 20 (tonus du col plus élevé que le 2^e jour).

28-I-47. — D.R. 30 décembre, non douloureuses.

— Biopsie de l'endomètre faite au 25^e jour : état folliculino-lutéinique.

6-III-47. — D.R. 24 février, douloureuses pendant 2 heures.

L'orifice n'est pas petit et le col n'est pas conique.

OBS. XXVII. — Mme D., 21 ans.

Dysménorrhée depuis l'âge de 18 ans.

Douleur le premier jour, durant 12 heures, obligeant la malade à se coucher.

Pas de nausées ni de céphalées.

Pas de douleurs en dehors des règles.

Puberté à 12 ans.

Règles régulières, tous les 30 jours, durant 8 jours.

Irregularité depuis 3 ans.

13-I-47. — D.R. 26 novembre 1946.

Vulve rouge, canal de Bartholin rouge.

Exocervicite. Glaires claires.

Gros utérus antéversé, mobile.

Annexes normales.

31-I-47. — Electrocoagulation faite.

20-III-47. — D.R. 22 février, très douloureuses.

Courbe de température normale, avec plateau prémenstruel.

— Biopsie d'endomètre (27^e jour/28) : état folliculino-lutéinique, transformation déciduiforme périvasculaire, glycogène en voie d'excrétion.

— Cautérisation à refaire après les prochaines règles.

27-III-47. — D.R. 22 mars, beaucoup moins douloureuses, n'ayant pas obligé la malade à se coucher.

— Electrocoagulation refaite.

— Acétate de testostérone 10 mg aux 18^e, 21^e, 24^e et 27^e jours.

29-V-47. — Les règles d'avril ont été indolores (acétate de testostérone : 40 mg).

D.R. 20 mai, douloureuses (pas de traitement).

Examen : 10^e jour.

Col sain.

Quelques pertes vaginales.

Utérus antéversé, de volume normal.

4-VII-47. — D.R. 15 juin, moins douloureuses (dernier traitement : acétate de testostérone : 30 mg).

Pas de traitement le mois prochain.

7-VIII-47. — D.R. 15 juillet, très douloureuses : a dû se coucher.

— Testostérone pendant 3 mois.

1-XI-48. — Réponse à notre convocation : « J'ai interrompu tout traitement et mes règles ne sont presque plus douloureuses ».

OBS XXVIII. — Mme S..., 33 ans.

Dysménorrhée primaire, très importante.

Douleur apparaissant dès le début de l'écoulement et s'appaisant avec la fin de la menstruation, généralisée à tout le petit bassin.

Céphalées, nausées.

La malade est obligée d'interrompre son travail.

Puberté à 13 ans.

Règles tous les 28 jours, durant 2 jours et demi.

30-IV-47. — D.R. 16 avril, 15^e jour.

Utérus un peu gros, en position normale.

Erosion du col, quelques kystes de Naboth.

Glaire filante; à l'examen microscopique : polynucléaires plus ou moins agglomérés.

3-VII-47. — A suivi plusieurs traitements à la progestérone;

Le mois dernier, deux injections de benzoate d'œstradiol aux 5^e et 10^e jours. — Aucun résultat.

D.R. 24 juin, 10^e jour.

Glaire cervicale très abondante.

— Coagulation faite.

— Propionate de testostérone.

24-VII-47. — D.R. 19 juillet, non douloureuses.

— Même traitement, mais commencer la testostérone plus tôt.

13-XI-47. — A suivi son traitement avec succès pendant deux mois, mais dès qu'il est interrompu, les douleurs reprennent.

D.R. 1^{er} novembre, 11^e jour.

— Insufflation rétrograde : niveau des fuites à 50.

4-XII-47. — D.R. 30 novembre, non douloureuses.

Ovaire droit gros et douloureux.

— Lavements chauds et suppositoires dans la période qui précède les règles.

15-I-48. — D.R. 29 décembre, non douloureuses.

Annexe droite perçue mais non douloureuse.

4-III-48. — D.R. 27 février.

Amélioration persistante.

27-V-48. — Disménorrhée guérie.

21-X-48. — Guérison confirmée.

OBS. XXIX. — Mlle F..., 22 ans.

Disménorrhée très importante, apparue à 14 ans, à l'occasion d'une émotion.

Douleur pelvienne, médiane, apparaissant dès le début des règles, durant 24 heures.

Seins tendus, très douloureux 8 jours avant.

Nausées, vomissements, diarrhée, syncopes.

Obligée de se coucher chaque fois.

Malade très nerveuse.

Puberté à 10 ans.

Cycles réguliers de 28 jours; règles durant 6 jours.

7-VI-48. — D.R. 30 juin, 9^e jour.

Exocervicite. Glaire cervicale très abondante et filante.

Utérus petit, antéversé.

Ovaire gauche un peu augmenté de volume : ovaire kystique ?

— Coagulation, diathermie, phénylamidoxanthine, méthyltestostérone.

14-VI-48. — Décalage thermique au 13^e jour.

5-VII-48. — D.R. 24 juin : aucune douleur.

— Importante exocervicite coagulée.

2-VIII-48. — D.R. 24 juillet, non douloureuses.

Doit avoir encore 3 séances de diathermie.

Dilatation du col à envisager.

Exocervicite non cicatrisée, à recoculer en octobre.

9-VIII-48. — Le 3 août, douleurs abdominales gauches. — Le 5, vertiges ; le 8, coliques.

Colon gauche spasmié et douloureux.

4-X-48. — D.R. 15 septembre, un peu plus douloureuses que les précédentes.

Se plaint de crampes dans les jambes, de parésies des bras et des mains pendant la nuit.

Quelques céphalées.

Gonflement gastrique : ne prend pas de charbon.

— Ce mois-ci, prendre deux comprimés par jour de méthyltestostérone, du 20^e au 26^e jour.

Le mois prochain, acide doïsynolique du 5^e au 15^e jour.

OBS. XXX. — Voir page 52

OBS. XXXI. — Mme L..., 32 ans.

Dysménorrhée primaire.

Douleurs abdominales et gonflement des seins la semaine qui précède les règles. Maximum douloureux le premier jour des règles, obligeant la malade à s'aliter pendant 24 heures.

Aucun rapport entre l'abondance de l'écoulement et les phénomènes douloureux.

Autrefois vomissements. Jamais de céphalées.

Les règles ont toujours été douloureuses, sauf pendant un séjour de quelques mois en Tunisie.

Douleurs pelviennes droites et nausées en dehors des règles.

Malade très nerveuse.

Ant. — Ostéochondrite rachidienne.

Appendicectomie.

28-I-48. — D.R. 15 janvier, 14^e jour.

Exocervicite. Glair cervical très abondante et très filante.

Utérus petit, antéversé, douloureux à la mobilisation.

Trompe droite augmentée de volume, douloureuse, moniliforme.

Annexe gauche perçue, augmentée de volume.

— Cure sulfamidée d'épreuve.

16-II-48. — D.R. 14 février, moins douloureuses que d'habitude : la malade n'a pas été obligée de se coucher. — Quelques douleurs prémenstruelles.

Trompe droite encore volumineuse mais moins douloureuse.

Ovaire gauche non perçu.

— Traitement décongestif ce mois-ci et, éventuellement, pénicilline. — propidon le mois prochain.

24-III-48. — D.R. 13 mars, non douloureuses.

Légères douleurs au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

Pertes comme du blanc d'œuf.

Examen : 12^e jour.

Utérus antéversé, bien mobile.

Cul-de-sac gauche libre.

Annexe droite toujours augmentée de volume mais non douloureuse.

Exocervicite importante.

25-V-48. — D.R. 8 avril, à leur date normale mais prolongées (16 jours)

Douleurs abdominales droites débutant avec les règles.

Examen : 18^e jour.

Pertes purulentes très abondantes.

Annexe droite augmentée de volume avec double masse de la taille de deux noix vertes, bien limitée et peu douloureuse.

Trichomonas à l'examen microscopique.

OBS. XXXII. — Mlle J..., 19 ans.

Dysménorrhée primaire, aggravée depuis 6 mois (juin 1947).

Amaigrissement depuis cette date.

Puberté à 13 ans.

Règles tous les 28 jours, durant trois jours, abondantes.

Pertes blanches depuis 3 ans environ, traitées avec succès par 1162 F et injections au permanganate.

Appendicectomie en 1942.

25-II-48. — D.R. 6 février, 20^e jour.

Col de taille normale, orifice petit.

Utérus en position intermédiaire, dévié à droite.

Annexe droite perçue.

— Diathermie vaginale, phénylamidoxanthine.

25-III-48. — D.R. 4 mars, beaucoup moins douloureuses. — Crise douloureuse à gauche, qui a duré plusieurs heures, le 16.

Utérus dévié à gauche, un peu douloureux à la mobilisation.

Cul-de-sac gauche rétracté.

— Biopsie d'endomètre faite (22^e jour/26) : état folliculino-luté-

nique typique, œdème du chorion très marqué, artéριοles spiralées en voie de différenciation.

8-IV-48. — D.R. 30 mars, aussi douloureuses que d'habitude.

15-IV-48. — 17^e jour.

— Propionate de testostérone : 10 mg $\times$ 3.

Le mois prochain, diéthylstilbœstrol : 20 mg, du 5^e au 15^e jour.

20-IV-48. — D.R. 26 avril, peu douloureuses.

27-V-48. — D.R. 22 mai, aussi douloureuses que d'habitude : aucun traitement ce mois-ci.

— Le mois prochain, propionate de testostérone 25 mg $\times$ 3.

29-VII-48. — Règles de juin et juillet aussi douloureuses que d'habitude.

D.R. 14 juillet, 16^e jour.

— Dilatation du col faite.

21-X-48. — D.R. 28 septembre, douloureuses.

A souffert du 11 au 18 octobre (à partir du 14^e jour) : douleurs abdominales à type de pulsations.

— Infiltration du paramètre gauche.

La malade se sent très énervée depuis un an.

4-XI-48. — D.R. 28 octobre, toujours aussi douloureuses : aucun effet de l'infiltration.

— Utérus très petit : benzoate d'œstradiol à hautes doses.

Amélioration transitoire par diathermie et propionate de testostérone. Aucun effet de la dilatation du col ni de l'infiltration du paramètre.

Aucune amélioration par la psychothérapie.

Présacré.

BIBLIOGRAPHIE

(Seuls sont mentionnés les travaux et ouvrages publiés depuis 1937)

- AMELINE (A.). — Traitement de certaines dysménorrhées par les antihistaminiques de synthèse. (*Presse Médicale*, 20 novembre 1948, p. 821).
- ANGEL (J.). — La « psychosomatic-Médecine » et ses bases. (*Progrès Médical*, 10 mai 1949, pp. 179-184).
- AUDIT (J.). — De l'emploi de l'hormone mâle dans les dysménorrhées. (*Journal de méd. de Bordeaux*, juillet 1946, pp. 265-266).
- BABANI. — Aperçu sur l'état actuel de la thérapeutique par l'hormone mâle en gynécologie. (*Thèse Paris*, 1940).
- BÉCLÈRE (C.). — Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie. (*Masson* 1946, 371 pages).
- BÉCLÈRE (C.) et SIMONNET (H.). — Pathologie de la dysménorrhée virgine et du spasme de l'isthme utérin. (*Soc. gynéc. et obst. de Paris*, séance du 5 avril 1944; in *gynéc., et obst.* 44 : 79-81, 1944-1945).
- BICKERS (W.). — Uterine contractions in dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 42 : 1023-1030, 1941).
- Primary dysmenorrhea (relations to uterine contraction). (*South M. J.*, 36 : 192-198 March 1943).
- BINET (A.). — La gynécologie indispensable ; méthodes actuelles d'examen et de traitement. (*L'expansion scientifique française*, 1947, 576 pages).
- CANNON (D.J.). — Dysmenorrhea ; oldest theories and newest treatment. (*J. Obst. & Gynaec. Brit Emp.*, 44 : 13-30, feb. 37).
- CHOMÉ (Ed.). — Dysménorrhée. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 161-162, 1939).
- COTTE (G.). — Rôle respectif des hormones génitales et du système nerveux (plexus hypogastrique) dans la pathogénie de la dysménorrhée. Déductions thérapeutiques. (*Gynec. et Obst.*, 45 : pp. 21-27, 1946).
- Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (*Masson*, 1949).
- DELAY (J.). — La doctrine psychosomatique. (*Presse Médicale*, 13-décembre 1947, p. 833).

- DEMERS (F.). — Dysménorrhée; anaphylaxie endocrinienne. (*Union méd. du Canada*, 75 : 785-787, Juillet 1946).
- DREYFUS (G.). — Lutéine et opothérapie lutéinique. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 4, pp. 125-132, 1937).
- EHRENFEST (H.). — Menstruation and its disorders (a critical review of the literature from 1933 to 1936 inclusive). (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 34 : 699-727, 1937).
- GREENHILL (J.). and FREED (S.). — Electrolyte therapy of premenstrual distress. (*J.A.M.A.*, 117 : 504-506, Aug. 16, 1941).
- HAMAN (J.). — Pain threshold in dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 47 : 686-691, 1944).
- HAUS (L.), GOLDZICKER (J.), HAMBLEW (E.). — Correlation of effect of estrogen therapy on pain the endometrium and basal body temperature. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 53 : 123-131, jan. 1947).
- JEANDIDIER (H.). — La Dysménorrhée. — Considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. (*Thèse Paris*, 1944, n° 225).
- JEFFCOATE (T.) and LEBER (S.). — Hypoplasia of uterus with special reference to spasmodic dysmenorrhea. (*J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 52 : 97-121, ap. 1945).
- JOHSTONE (R.). — Dysmenorrhea. (*Edinburgh M. J.*, 47 : 1-15, jan. 1940).
- KOTZ (J.) and PARKER (E.). — Primary dysmenorrhea: endocrine problem. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 34 : 38-46, 1937).
- Endometrial patterns in dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 37 : 116-120, 1939).
- LACKNER (J.), KROHN (L.), SOSKIN (S.). — Etiology and treatment of primary dysmenorrhea; physiologie and clinical study. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 34 : 248-266, aug. 1937).
- LIESSE (A.). — Le tonus isthmique après anesthésie des plexus hypogastriques. (*Soc. de biol. de Paris*, 20 juillet 1946).
- Les dysménorrhées fonctionnelles. — Conception physiopathologique. (*Revue française de gynéc. et Obst.*, janvier 1947).
- MAYER (M.). — The status of psychotherapy in gynecologie practice. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 34 : 47-57, 1937).
- MICIELOWSKA (E.). — Contribution à l'étude de la dysménorrhée. (*Thèse Paris* 1938, n° 509).
- MOCQUOT (P.) et PALMER (R.). — Conception actuelle des dysménorrhées et de leur traitement. (*Bull. méd. Paris*, 4 janvier 1941, pp. 3-7).

PALMER (R.). — Nouvelles recherches sur l'insufflation utéro-tubaire ; son emploi pour le diagnostic hormonal et dans les Dysménorrhées. (*Compt. rend. Soc. d'Obst. et Gynec. de Paris*, 26 : pp. 263-268, 1937, séance du 12 avril).

PALMER (R.) et DEVILLERS (J.). — Etude sur les dysménorrhées primitives et leur traitement. (*VIII^e Congrès français de Gynécologie*, Lille 1939).

PALMER (R.) et LIESSE (A.). — Le tonus isthmique au cours du cycle menstruel. (*Soc. de biol. de Paris*, 25 mai 1946).

PAPANICOLAOU (G.). — Suppressive action of testosterone propionate on menstruation and its effect on vaginal smears. (*Endocrinology*, 24 : 339-346, march 1939).

PHELPS (D.). — Effects upon uterine motility of urine excreted during normal labor, normal menstruation and dysmenorrhea. (*Endocrinology*, 24 : 462-467, april 1939).

RAHON (A.). — Dysménorrhée virginale primitive spasmodique et hyperhormonale. (*Thèse Paris*, 1947, n° 215).

RANDALL and ODELL. — Primary dysmenorrhea. (*J.A.M.A.*, 123 : 735-737, nov. 20, 1943).

REEB. — Un cas particulier de dysménorrhée, chez une jeune fille de 15 ans, dû à un adénofibrome de nature endométriale dans une cicatrice opératoire pour hernie inguinale étranglée. (*Gynec. et Obst.*, 35 : pp. 161-168, mars 1937).

RUBINSTEIN and ABARBANEL. — Use of testosterone propionate in treatment of dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 37 : 709-715, april 1939).

SCHMIDT (J.). — Dysménorrhées essentielles. Traitement par intervention sur le sympathique pelvien. (*Thèse Paris*, 1947).

SCHRICK (E.). — Insulin treatment of dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 37 : 146-147, jan. 1939).

SCHWARZ and SMITH. — Essential dysmenorrhea and allergy. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 33 : 331-33, 1937).

SMITH (O.), SMITH (G.), SCHILLER (S.). — Clinical experiments in relation to excretion of estrogens ; urinary estrogens in normal menstrual cycle and in case of essential dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 45 : 15-22, jan. 1943).

STACY (L.) and SCHOEMAKER (R.). — Treatment of dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 33 : 67-74, 1937).

STURGIS (S.) and ALBRIGHT (F.). — The mechanism of estrin therapy in the relief of dysmenorrhea. (*Endocrinology*, 26 : 68-72, jan. 1940).

- TAYLOR (H.).— Clinical study of menstruation with special reference to primary dysmenorrhea. (*J. Obst. & Gynaec, Brit. Emp.*, 49 : 341-367, Aug. 1942).
- VARANGOT (J.). — Thérapeutique hormonale dans les dysménorrhées. (*Presse Médicale*, 1940, n° 18-19, pp. 220-222).
- .. — L'hormonothérapie gynécologique. (*Masson*, 1942).
- VARANGOT (J.) et JEANDIDIER (H.). — Utilisation de la folliculine administrée au début du cycle dans le traitement de la dysménorrhée dite « essentielle ». (*Semaine des Hôp. Paris*, 1945, n° 21, p. 906).
- WENGRAF. — Psychodynamic and therapeutic aspects of functional dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 48 : 475-488, 1944).
- WILSON (L.) and KURZROK. — Uterine contractility in functional dysmenorrhea. (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 48 : 475-488, 1944).
- WINTHER (N.). — Endocrine factors in menstruation; relation to dysmenorrhea. (*Lancet*, 62 : 428-433, Déc. 1942).
- .. — Problem of dysmenorrhea. (*Pub. Health Nursing*, 35 : 269-272, May 1943).
-

